

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Name, Vorname: _____

Straße + Hausnr.: _____

PLZ, Stadt: _____

Hiermit erkläre ich, geb. am _____,

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Unfall vom _____ behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regelung befassten Versicherern, der Anwaltskanzlei Wiemann & Guettouche, Kolbeplatz 2, 33330 Gütersloh, und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich die Schweigepflichtsentbindungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift