



KANZLEI DOEHRING
Rechtsanwalts- und Steuerkanzlei

Doehring Niedung Schmidt
Tänzer Krazewski

Tel.: 0511/ 85 61 41 - 0 Fax: 0511/85 61 41 - 99

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

zur Akte:

Aktenzeichen:

Bezeichnung des Mandanten (Geschädigter)

.....

(Vor- und Zuname)

.....

(Anschrift)

Ereignis vom.....

behandelnder Arzt:.....

.....

Hiermit entbinde ich den oben genannten Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen.

....., den

.....

(Unterschrift)