

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEFLICHT

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich wurde bei einem Verkehrsunfall am _____ körperlich verletzt und befinde mich deshalb in ärztlicher Behandlung.

Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte und beteiligten Krankenkassen von ihrer Schweigepflicht gegenüber

Frau Rechtsanwältin Robischon, Waldstraße 55, 64720 Michelstadt

sowie

(Name gegnerische Haftpflichtversicherung einfügen)

hinsichtlich der Untersuchung, Behandlung und Diagnose wegen vorbezeichneten Verkehrsunfalls.

Ort, Datum

Unterschrift