

AR- _____ /U

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: Unfall/Vorfall vom: _____

Beteiligte: _____

Hiermit entbinde ich, _____, geb. am _____,

wohnhaft in _____

alle Ärzte, die mich aus Anlass des oben bezeichneten Unfalls bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, gegenüber der _____ -Versicherung von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung und Auskunftsermächtigung erteile ich unter der Bedingung, dass alle ärztlichen Atteste, Gutachten, Auskünfte und Stellungnahmen den von mir mit der Regulierung meiner Ansprüche beauftragten Rechtsanwälte Richartz & Richartz, Eichholzstraße 4, 97828 Markttheinfeld, in Zweitschrift zugeleitet werden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift