
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Schweigepflichtsentbindung

Die nachfolgend aufgeführten Ärzte, Zahnärzte oder sonstigen Angehörigen anderer Heilberufe, Krankenversicherungen und sonstigen Versicherungen und Behörden

1. _____ 2. _____ 3. _____

entbinde ich von der gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dass meiner nachfolgend angegebenen Rechtsanwaltskanzlei auf Aufforderung Fotokopien zugesandt werden:

Rechtsanwaltskanzlei FREUND,
Schönhauser Allee 114,
10439 Berlin,
Telefon: 030 / 446 775 - 0,
Telefax: 030 / 446 775 - 22

Anlass für diese Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen aus dem Vorfall/Unfall

vom _____ in _____ .

Die unter den Ziffern 1, 2 und 3 angegebenen Ärzte, Versicherungen etc. sind berechtigt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Personen und Institutionen, insbesondere Versicherungsgesellschaften, Gerichte und Behörden, über meine Erkrankungen (einschließlich Vorerkrankungen), die diesbezüglich eingeleiteten Therapien und sonstigen Maßnahmen Auskunft zu geben, die mit dem Vorfall/Unfall im Zusammenhang stehen. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift