



Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Schadenfall vom _____ in _____
(Datum) (Ort)

Gegner: _____
(Name)

Hiermit entbinde ich, _____
(Name, Vorname)

geboren am _____ in _____
(Datum) (Geburtsort)

wohnhaft in: _____
(PLZ, Ort)

(Straße und Hausnr.)

alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, Herrn Malte Reichel, Wachsbleiche 10-12, 53111 Bonn, Tel. 0228 – 97466637, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ausschließlich auf schriftliche Anfragen hin, alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen im vorbenannten Vorfall stehen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sollen dem **beauftragten Rechtsanwalt:**

**Malte P. Reichel
Wachsbleiche 10 - 12
53111 Bonn**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ort + Datum: _____,

Unterschrift: _____
(Vollmachtgeber)