



AdvoSmart

IHR RECHTSBEISTAND IM ALLTAG

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.:

Vorfall / Unfall vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, insbesondere

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem Bevollmächtigten Rechtsanwalt Herr Mohamed El-Zaatari, Am Hohen Esch 1a, 28857 Syke Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

_____, den _____

Unterschrift: _____