



WILLIG RECHTSANWÄLTE

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorliegend entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die mich anlässlich des u. g. Schadensereignisses untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber

WILLIG Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

_____ sowie allen an der Abwicklung beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Die Erklärung bezieht sich auf

Schadensereignis/Anlass: _____

ggf. Schadensdatum: _____

ggf. Schadensort: _____

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meinem Rechtsanwalt alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang des obigen Schadensereignisses stehen und Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift