

Dr. Rostek

Dr. Klose

Partner GbR

Rechtsanwälte

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ihr Aktenzeichen

Bitte stets angeben!

Hiermit entbinde ich, _____ (Name, Vorname),
geboren: _____ (TT/MM/YYYY),
wohnhaft: _____

alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____ (TT/MM/YYYY) erlittenen
Unfalls behandelt haben, behandeln oder behandeln werden, von der ärztlichen
Schweigepflicht, und zwar gegenüber

1. den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
2. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und
3. den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte Dr. Rostek,
Dr. Klose Partner GbR, August-Bebel-Str. 225 in 33602 Bielefeld gleichzeitig und
unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhalten.

(Datum, Unterschrift)