

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vorname, Name

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort

Geburtsdatum

sämtliche mich wegen des Unfalls vom _____ behandelnden Ärzte
von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den die Unfallfolgen regulierenden
Versicherern und Beteiligten.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte
erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallverletzungen in Zusammenhang stehen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass mei-
nen Bevollmächtigten, Rechtsanwälten Sommerfeld, Heisiep & Gosmann, Nöttenstr.
19, 59494 Soest von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

Soest, den _____

(Unterschrift)