

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

entbinde hiermit freiwillig zur Klärung meiner Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche alle die mich aufgrund des Unfalls vom _____ behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie deren Bedienstete und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der Schweigepflicht gegenüber

1. meiner beauftragten Rechtsanwaltsgesellschaft,
2. den beteiligten Versicherungsgesellschaften, sowie
3. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen und körperlichen Beeinträchtigungen stehen, unter der Voraussetzung, dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meiner bevollmächtigten Rechtsanwaltsgesellschaft,

Bulex Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Ammannstr. 6, 86167 Augsburg,

eine Kopie übersandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift der Mandantschaft