

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle mich anlässlich des Vorfalls vom _____
behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden,
die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen und dass von allen Berichten,
Auskünften und Gutachten

Herrn Rechtsanwalt Peter Steinlehner
Pettenkoferstr. 24
80336 München

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname

Anschrift

PLZ, Ort

Ort/Datum

Unterschrift