

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die mich anlässlich des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus und zwar gegenüber allen an der Abwicklung beteiligten

- Versicherungsgesellschaften
- Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt, nämlich

Rechtsanwalt Torsten Lachner
Thälmannstraße 58, 99085 Erfurt

zusenden.

Ort, Datum

Unterschrift