

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

alle mich aufgrund des Unfalls / der Arzthaftungssache vom _____
behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie
Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die
mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben,
von ihrer Schweigepflicht gegenüber der in diesem Verfahren beteiligten Prozessbe-
vollmächtigten:

Rechtsanwältin Ludmilla Jung, Plockstrasse 7, 35390 Gießen,

den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Behörden, Gerichten, Strafverfolgungs-
behörden und Sachverständigen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt wer-
den, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen / ärztlichen Be-
handlungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der
o.g. Rechtsanwältin Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Die Entbindungserklärung erstreckt sich bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfah-
rens und gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht
jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift