

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Aktenzeichen der von mir bevollmächtigten Rechtsanwaltskanzlei
Rechtsanwälte Pollak Morasch & Kollegen
Wanfrieder Str. 124 in 99974 Mühlhausen:
Bitte stets angeben.

Daten zur Person:

Name / Vorname: geb. am:

Straße:

Wohnort:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß die oben näher bezeichnete Anwaltskanzlei wegen

- des Unfalls vom, in (Ort)
- der Behandlung vom, bis zum
- der Operation(en) vom, im (Ort)

1. die mich betreffenden Krankenpapiere (z.B. Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, etc.),

2. Akten von Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich befinden können,

3. Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin

zur Einsichtnahme, Begutachtung und Verwertung heranzieht.

Zugleich entbinde ich alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger aller Art und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit, soweit es zur Aufklärung des Sachverhaltes erforderlich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift