

Erklärung über die Entbindung von der Geheimhaltungs- bzw.- ärztlichen Schweigepflicht

des/der

wohnhaft in

.....

geboren am

In dem Rechtsstreit

..... /

entbinde ich alle behandelnden Ärzte, auch diejenigen, bei denen ich früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner rechtlichen Vertreterin, der Rechtsanwaltskanzlei Dana Lippmann, Seelübber Weg 3, 17291 Prenzlau, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und von allen zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichten, Untersuchungsergebnissen, Röntgenaufnahmen, etc.), dem bevollmächtigtem Rechtsanwalt Abschriften zur Verfügung gestellt werden und diese Unterlagen im Rechtsstreit beigezogen werden.

Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte im Verfahren zu verwenden.

Datum:

Unterschrift: