

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unfall am: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte: *(bitte Namen und Anschrift eintragen)*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

die mich im Zusammenhang mit dem o.g. Unfall behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei: Malmström & Dahlmann Rechtsanwälte in Partnerschaft, Fürstenwalder Straße 45, 15234 Frankfurt (Oder).

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_