



KANZLEI OLMA & PIEGSA

ERKLÄRUNG

ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

BETREFF

UNFALL/VORFALL VOM (DATUM): _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem im Betreff genannten Unfall/Vorfall stehen, insbesondere über Art und Ausmaß der Verletzungen. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sollen der bevollmächtigten Kanzlei Olma & Piegsa, Hohe-Schul-Straße 3, 85049 Ingolstadt Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

IHRE DATEN

NAME/VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

PLZ/WOHNORT: _____

STRASSE/HAUSNUMMER: _____

INGOLSTADT, DEN

UNTERSCHRIFT