

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich meinen Arzt

Namen: _____

Praxis: _____

Anschrift: _____

Tel: _____

Erreichbarkeit: _____

im Hinblick auf die Verletzungen aus dem Unfall vom _____ von seiner
ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Rechtsanwälten Wienold Müller-Velten Zocher,
Dornbergsweg 2, 38855 Wernigerode und den mit der Abwicklung betrauten Versicherern.

Unterschrift, Datum