Erklärung über die
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:	é ..
Vorname:	é ..
Geburtsdatum:	é ..
Anschrift:	é ..
	é ..
Telefon:	é ..

alle mich anlässlich des am é é é ..é é é in é é ..é é é é é .é é erlittenen Unfalls bzw. Vorfalls behandelnden Ärzte, insbesondere

Frau / Herrn Dr. med. é é .é é é .é é é é é é é é é é é é é é é é é

in é .

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten

Versicherungsgesellschaften,

Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie

den beteiligten Rechtsanwälten bzw. Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und hiervon jeweils zugleich ein Kopie an meinen Bevollmächtigten, Herrn Rechtsanwalt Jörg Ulrich Engemann, Paulinenstr. 21, 32756 Detmold, Telefon 0 52 31 / 99 480, Fax 0 52 31 / 240 90, zusenden.

é ..é
Ort, Datum, Unterschrift