

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich wegen des am ... erlittenen Unfalls/Vorfalles behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte

**Rechtsanwaltskanzlei
Thorsten Pflüger
Severinskirchplatz 12
50678 Köln
FAX (0221) 94659062**

bei jeder erteilten Auskunft und Stellungnahme gleichzeitig eine Abschrift erhält.

Diese Entbindungserklärung gilt gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, sowie gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften.

....., den

.....
Unterschrift