



Schweigepflichtsentbindungserklärung

Mandant	Herr	Geburtsdatum	<input type="text"/>
	Frau		
Name		Email	
Vorname		ausgeübter Beruf	
Straße, Nr.		Kontoinhaber	
PLZ, Ort		Iban	
Telefon		BIC	
Telefax		Unfall am	<input type="text"/>

Behandelnder Arzt	Herr		
	Frau		
Name		Krankenhaus	
Vorname		Telefon	
Straße, Nr.		Telefax	
PLZ, Ort		Email	

Hiermit entbinde ich die Ärztin/den Arzt und sämtliche weitere Ärzte, die mich auf Grund des oben genannten Unfallereignisses aus Anlass der Folgen behandelt haben oder behandeln werden von ihrer/seiner Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass diese/r gegenüber den beteiligten Versicherungen, den beteiligten Gerichten und den beteiligten Rechtsanwälten die von diesen gewünschte Auskünfte erteilt. Die Auskünfte und Stellungnahmen müssen jeweils schriftlich erteilt werden und eine Kopie dieser Schreiben muss jeweils an die von mir beauftragte Gräf & Centorbi Rechtsanwaltsgesellschaft mbH übersandt werden.

Ort, Datum

Unterschrift