

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte/innen / Krankenanstalten, die mich aus Anlaß  
des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von  
der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich der unfallbedingten Verletzungen und deren  
Folgen, und zwar gegenüber

den beteiligten Versicherungsgesellschaften,  
den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,  
den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, daß die Ärzte/innen / Krankenanstalten Auskünfte und  
Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erteilen und der Empfänger davon jeweils  
zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Anwaltskanzlei GREEVE Rechtsanwälte,  
Neuer Wall 71, 20354 Hamburg Telefon (040) 37 47 60 0 Telefax (040) 37 47 60 60  
zusendet.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Strasse

Plz

Ort

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift