



KANZLEI LÜTTMANN

**Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Betr.: Unfall/Vorfall vom

Herrn/Frau Dr. med.

Herrn/Frau Dr. med.

Herrn/Frau Dr. med.

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen/Verletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

....., den

.....
Unterschrift