

Schweigepflichtentbindungserklärung (bitte ausfüllen)

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Firma

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

alle Ärzte, Zahnärzte oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern, Kliniken oder Behörden, die an der aufgrund des

Unfall vom

erforderlichen Heilbehandlung mitgewirkt haben von ihrer Schweigepflicht gegenüber

- a) dem Rechtsanwalt Jan Wego
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Versicherungsgesellschaften

unter der Bedingung, dass die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden und davon eine Kopie an den von mir beauftragten Rechtsanwalt Jan Wego, Rasenweg 9, 06308 Benndorf zugesandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift
