

## 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, Große Steinstraße 74, 06108 Halle/Saale zugesandt wird.

**Ort, Datum**

### Unterschrift

-----