



Schweigepflichtentbindungserklärung (Versicherung)

Patient

Name : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____

Behandelnder Arzt

Name : _____

Straße : _____

Ort : _____

Telefon : _____

Versicherung : _____

Unfalldatum : _____

Schadennummer : _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich den vorbezeichneten Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem vorbezeichneten Versicherer, soweit dies zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der vorbezeichneten Verkehrsunfallangelegenheit erforderlich ist. Die Entbindungserklärung steht unter der Bedingung, dass der vorbezeichnete Arzt meiner Bevollmächtigten

Fachanwältin für Strafrecht Katja Kosian

Rottstraße 37, 67061 Ludwigshafen

unaufgefordert Abschriften sämtlicher Stellungnahmen an den Versicherer zukommen lässt und der Versicherer sämtliche Kosten dieser Stellungnahmen und der Abschriften trägt. Ich behalte mir den jederzeitigen Widerruf dieser Entbindungserklärung ausdrücklich vor.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift