

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb.Datum..._____._____._____

Bescheinigung zur Befreiung von der Schweigepflicht

Hiermit befreie ich alle mich behandelnden Ärzte von der mir gegenüber bestehenden ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bitte die mich behandelnden Ärzte, die ich unten aufgeführt habe, meinem Rechtsanwalt, Herrn Dr. Rudolf Wansleben, Bekscher Berg 6, 33100 Neuenbeken, und den von diesem benannten Stellen auf seine Anforderung hin vollinhaltlich über meine Verletzungen, die ärztlichen Befunde und Zustände und alle damit in Zusammenhang stehenden Umstände Auskunft zu erteilen.

Ort _____, den

Datum: _____.

persönliche Unterschrift _____