

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich,

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtstag:

entbinde hiermit nachfolgend genannte Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten (Name und Anschrift):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

von seiner/ihrer gesetzlichen/vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte ausschließlich schriftlich erteilt werden und die von mir beauftragte Anwaltskanzlei

Dr. Frochte, Dr. Beisenkötter & Funke

(Partnerschaftsregister AG Essen PR 2598)

RECHTSANWÄLTE · FACHANWÄLTE · NOTAR

durchschriftlich unterrichtet wird.

Diese Erklärung gilt ausschließlich im Rahmen der Schadensregulierung aus dem Vorfall/Unfall vom

....., den

Unterschrift