

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____

alle behandelnden Ärzte

gegenüber der Rechtsanwaltskanzlei Gille, Burgstraße 2, 39638 Gardelegen und
Altperverstraße 67, 29410 Salzwedel von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im
Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen/ Erkrankungen stehen.

Ort, Datum

Unterschrift