



Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich anlässlich des am _____ erlittenen Unfalls/Geschehens behandelt haben bzw. behandeln werden, insbesondere

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten

Rechtsanwalt Daniel Nowack, Otto-Grotewohl-Ring 72, 15344 Strausberg

zuzusenden. Die nach Artikel 6 Abs. 1a) DSGVO erforderliche Einwilligung in die Datenverarbeitung zu den vorgenannten Zwecken wird ausdrücklich erteilt.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

_____,
(Ort)

den _____
(Datum)

(Unterschrift)