



Rechtsanwaltskanzlei
S | C | H | A | R | F

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Wohnort, Postleitzahl _____

Geburtsdatum, -ort _____

dass ich sämtliche Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Unfall/Krankheit vom _____ bei _____ behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, Schlichtungsstellen der Ärztekammern, der Rechtsanwaltskanzlei Scharf mit dem Rechtsanwalt

Christian Scharf

Meßhagen 19, 34369 Hofgeismar

und, im Fall einer gerichtlichen Durchsetzung meiner Ansprüche, den zuständigen Gerichten entbinde. Zudem entbinde ich den oben benannten Rechtsanwalt von seiner Schweigepflicht hinsichtlich meiner Krankheiten gegenüber potentiellen Anspruchsgegnern und Erklärungsempfängern.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)