

Obigen behandelnden Arzt/ Ärzte/ Krankenhaus

Postfach

.....

Schweigepflichtentbindung

Hiermit **entbinde ich**,(Name, Vorname des/
der Geschädigten), geboren.....(Geburtsdatum)
sämtliche behandelnden Ärzte aus dem Verkehrsunfall
vom.....(Datum) **von ihrer ärztlichen Schweigepflicht**
und weise diese ausdrücklich an, sämtliche zur Regulierung des Vorfalles
notwendigen Informationen aus der Heilbehandlung in obiger Sache
an den beauftragten Rechtsanwalt Falko Hübner, Marienplatz 2, 83410
Laufen sowie die gegnerische Versicherung direkt auszureichen und
eventuell entstehende Kostennote dem regulierenden Anwalt bzw. der
regulierenden Versicherung direkt zu übersenden.

Laufen, den.....

.....

Unterschrift Patient/ Mandant