

DR. MÜLLER & CASPERS
Notare · Rechtsanwälte · Fachanwälte

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Vorname / Nachname

Straße

PLZ / Ort

Hiermit erkläre ich

geboren am

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit

dem Schadensereignis vom

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen und den Rechtsanwälten Dr. Müller & Caspers, Poststraße 6, in 26655 Westerstede und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

Ort, Datum

Unterschrift