

DR. MÜLLER & CASPERS

Rechtsanwälte • Fachanwälte

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Stadt: _____

Hiermit erkläre ich, geb. am, _____,

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Unfall vom _____ behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, den Rechtsanwälten Dr. Müller & Caspers, Poststraße 6, in 26655 Westerstede und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

.....
(Ort / Datum)

.....
(Unterschrift)