

Patient: _____
(Nachname)

(Vorname)

Geburtsdatum: _____

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Therapeuten, die mich anlässlich des Unfalles vom _____
in _____ behandelt haben oder noch behandeln, von der ärztlichen, vertraglichen
bzw. gesetzlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass der Rechtsanwaltskanzlei Bayram Türksev, Bochumer Straße 104,
45661 Recklinghausen, der Haftpflichtversicherung meines Unfallgegners alle angeforderten Auskünfte
über meine Unfallverletzungen und die Art und Dauer der Behandlung erteilt und ihnen von allen
Berichten, Auskünften und Gutachten Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Recklinghausen, den _____
(Datum)

(Unterschrift)