

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

sämtliche Ärzte, die mich anlässlich des Unfalles / Vorfalles vom
behandeln, behandelt haben bzw. behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt gegenüber

- beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
- beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zeitgleich eine Kopie der von mir beauftragten nachfolgend benannten Anwaltskanzlei

Rechtsanwalt Dr. Roger Blum
Walter-Nernst-Straße 1, 12489 Berlin
(ab 1.6.2019: Ernst-Augustin-Straße 2, 12489 Berlin)

Tel.: 030 / 46 72 40 57 0
Fax: 030 / 46 72 40 57 9
Mail: kanzlei@rechtsanwalt-blum.de

zusenden.

Berlin, den

Unterschrift