

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, _____
dass ich alle mich behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser:

- _____
- _____
- _____

die mich im Zusammenhang mit dem Vorfall vom _____ behandelt haben (oder noch behandeln werden) von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, im Streitfall den zuständigen Gerichten und der Rechtsanwaltskanzlei

Trost Rechtsanwälte, Flughafenstraße 52a, 22335 Hamburg

entbinde.

Die Schweigepflichtentbindung erstreckt sich auch auf die Mitarbeiter der genannten Personen.

Die genannten Personen sind befugt, Abschriften und Kopien aus den Krankenunterlagen zu überlassen.

Ort, Datum

Unterschrift