

BEFREIUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Name des Verletzten: _____

Anschrift des Verletzten: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Unfalldatum: _____

Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Behandlungen haben durchgeführt:

1.) _____

2.) _____

3.) _____

Ich befreie freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren und sind, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den, meine rechtlichen Interessen vertretenden Rechtsanwälten der

Anwaltskanzlei Maritta Runde
Feldstraße 69 a
06886 Lutherstadt Wittenberg
(Tel.: 03491-411576, Fax: 03491-400653).

Lutherstadt Wittenberg, den _____

(Unterschrift des Verletzten bzw. des
gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreters)