

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

geboren am _____

bzgl. des Unfalls / des Ereignisses / der Behandlung vom

sowie damit evtl. im Zusammenhang stehender Vor- oder Folgeerkrankungen meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Gleichzeitig willige ich ein, dass die erteilten Auskünfte auch vom Versicherer zur weiteren Bearbeitung gespeichert und an dortige Beratungsärzte im Rahmen der Regulierung weitergegeben werden dürfen.

Auskünfte sollen insbesondere erteilen (Name und Anschrift des Arztes):

Voraussetzung für die Entbindung ist, dass meinen Bevollmächtigten, Rechtsanwälte Dr. Fenner Bockhöfer Henkys, Würde 11, 26789 Leer, jeweils eine Abschrift jeder ärztlichen Stellungnahme, insbesondere von jedem ärztlichen Bericht, Gutachten etc. zugestellt wird.

Leer, den _____

Unterschrift

Adresse Leer

Dr. Fenner · Bockhöfer · Henkys
Würde 11
26789 Leer

Telefon und Telefax

Telefon 0491-4418
Telefax 0491-441 900

Adresse Weener

Dr. Fenner · Bockhöfer · Henkys
Norderstraße 83
26826 Weener

Telefon und Telefax

Telefon 04951-91 49 00
Telefax 04951-91 49 014

E-Mail und Internet

info@recht-leer.de
www.recht-leer.de