

Mandant:

Name / Vorname:

geboren am:

Anschrift: - Straße / Hausnummer:

- PLZ:

- Stadt:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Medizinpersonal, Krankenhäuser und Gutachter, die mich aus Anlass *(Ereignis, Datum / Schadenstag)* seit dem behandelten oder begutachteten bzw. behandeln oder begutachten werden sowie alle mit dieser Angelegenheit befassten Versicherungsträger und Behörden von ihrer Schweigepflicht gegenüber

a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,

b) den beteiligten Gerichten,

c) meinem Rechtsanwalt Michael Wahl / meiner Rechtsanwältin Frau Dr. Susen Wahl,
Berliner Allee 54, 13008 Berlin.

Ort:

Datum:

.....

(Unterschrift)