



Hiermit erkläre ich,

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Ort _____

dass ich

Name(n) aller behandelten Ärzte _____

der/ die mich anlässlich des Vorfalls/ Unfalls vom

Datum _____

behandelt habe/n, von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit der erlittenen Unfallverletzung im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können.

**Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass die von mir beauftragte
Anwaltskanzlei Tänzer, namentlich**

Herrn Rechtsanwalt Steffen Tänzer Frau Rechtsanwältin Anna Schwarz
Bahnhofstraße 1, 04435 Schkeuditz
Telefon: (034204) 14136 Telefax: (034204) 14137
Mail: info@anwaltskanzlei-taenzer.de

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
oder des ges. Vertreters