

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

(Name, Vorname)

geboren am _____,

wohnhaft _____

(Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

sämtliche Ärzte, Physiotherapeuten, Psychologen,

die mich aus Anlass der/des am _____
(Datum)

erlittenen Verletzung (-en) bzw. Unfalles behandelt haben von ihrer Schweigepflicht gegenüber

den an der diesbezüglichen Schadensregulierung beteiligten Versicherungsgesellschaften

und der Rechtsanwaltskanzlei LMK | Lampe, Meistermann & Kollegen, Vördener Straße 10, 49401 Damme.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift; bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)