

Erklärung

SchadenNr.: _____

Versicherungsunternehmen: _____

Unfall / Ereignis vom: _____

Hiermit entbinde ich,

(Vorname, Name geb. am))

(Strasse, Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

die mich behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht – auch über meinen Tod hinaus – und bin damit einverstanden, dass dies behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen sowie meinen anwaltlichen Bevollmächtigten Gutachten und Auskünfte erteilen.

(Ort / Datum) (Unterschrift)

Erste ärztliche Untersuchung durch:

(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

Weitere ärztliche Behandlung durch:

(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

Weitere Ärzte bzw. Krankenanstalten bitte auf der Rückseite vermerken