

Patient:

Unfall / Behandlung vom

Alle mich anlässlich des Unfalls / der Behandlung betreuenden und behandelnden Ärzte in

Sachen

wegen

entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Herrn Rechtsanwalt Stefan Voß, Hauptstraße 82, 59846 Sundern, alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfall- / Behandlungsfolgen stehen. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass Herrn Rechtsanwalt Stefan Voß von allen Unterlagen, insbesondere Berichten, Auskünften und Gutachten, vollständige Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Sundern,

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass allen beteiligten Versicherungsgesellschaften alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfall- / Behandlungsfolgen stehen. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass allen beteiligten Versicherungsgesellschaften von allen Unterlagen, insbesondere Berichten, Auskünften und Gutachten, vollständige Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Sundern,