

Erklärung

Unfall vom

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den durchgeführten ärztlichen Behandlungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten

Kanzlei Uyar Rechtsanwalt, Rechtsanwalt Orhan Uyar, Klostersteige 26, 87435 Kempten

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Kempten, den
