

Hiermit entbinde ich,

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

alle behandelnden Ärzte gegenüber

MOOSSEN Rechtsanwälte

Rheinstraße 6

76829 Landau/Pfalz

von der ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich des Unfalls / der Krankheit / des Vorfalles:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich des vorgenannten Ereignisses gilt auch für die beteiligte Versicherungsgesellschaft:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle Auskünfte erteilt werden, die im ursächlichen Zusammenhang mit den erlittenen Folgen, insbesondere Verletzungen, des Ereignisses stehen und daß von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Anwaltskanzlei MOOSSEN Rechtsanwälte Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift