

Erklärung

Hiermit erkläre ich,

.....

.....
(Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum)

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit

- dem Unfall vom..... in
- dem Ereignis vom..... in
- dem (zahn)ärztlichen Behandlungsfehler des/der
- vom in

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, Sachverständigen, Gutachterkommissionen, Rechtsanwälten und im Streitfall den zuständigen Gerichten,

e n t b i n d e.

.....,den
(Ort) (Datum) (Unterschrift/en)