

RITA ZECHEL
RECHTSANWÄLTIN

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass eines Vorfalles/Unfalles behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber Versicherungen, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und den Rechtsanwälten Rita Zechel pp. unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskunft und Stellungnahmen schriftlich erteilen und eine Kopie den Rechtsanwälten Rita Zechel pp. zusenden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____

Bank: _____

Kto-Nr.: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber: _____

Arzt / Krankenhaus: _____

Dto. Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift