

bitte tragen Sie hier unsere Aktennummer ein:

Erklärung

Hiermit erkläre ich,

_____,
Vor- und Nachname

_____,
Anschrift

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem
 Verkehrsunfall/ Unfall/ sonst. Schadensereignis
(Zutreffendes bitte ankreuzen) vom

Datum des Schadensereignisses

behandelt haben oder noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen
Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten
Versicherungen und im Streitfall auch gegenüber den zuständigen
Gerichten entbinde.

Datum und Unterschrift