

Janssen, Flade & Struß

Rechtsanwälte & Notare

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich:

geb. am:

wohnhaft:

- o Herrn/Frau Dr. (Bitte jeweils Name und Adresse der behandelnden Ärzte eintragen):

-

-

-

- o die behandelnden Ärzte nachfolgender Einrichtungen (Bitte Namen und Anschrift der behandelnden Einrichtungen, bspw. Krankenhäuser):

-

-

-

wegen meiner bei dem Vorfall vom:

erlittenen Verletzungen gegenüber den Rechtsanwälten Janssen, Flade und Struß, Windallee 8 in 26316 Varel von der ärztlichen Schweigepflicht. Gleichzeitig gestatte ich den o.g. Rechtsanwälten die Nutzung meiner gesundheitlichen Daten zur Geltendmachung von Ansprüchen aus dem o.g. Vorfall.

Ort, Datum:

Unterschrift: