

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

Hiermit entbinde ich sämtliche Ärzte bzw. Psychologen, die mich wegen des am

**Unfalldatum:**

erlittenen Unfalls/Vorfalles behandelt haben oder künftig behandeln werden, von ihrer ärztlichen bzw. beruflichen Schweigepflicht, unter der Voraussetzung, dass der von mir beauftragte

**Rechtsanwalt**

**DIRK OFFERMANN**

Herzogenplatz 5

29525 Uelzen

Fax 0581 3890246

info@offermannrecht.de

bei jeder erteilten Auskunft oder Stellungnahme gleichzeitig eine Abschrift bzw. Kopie davon erhält (gern per E-Mail oder Telefax).

Diese Entbindungserklärung gilt gegenüber allen beteiligten Rechtsanwälten, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)