

Entbindung von der Schweigepflicht

Mit dieser Erklärung ermächtige ich,

Herr/Frau Name, Vorname ...

Anschrift ...

alle mich behandelnden Ärzte und medizinischen Einrichtungen, Krankenkassen, Sozialversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Behörden und andere private Versicherer, gegenüber meinen Rechtsanwälten

*Kanzlei Bögner & Burke GbR,
Lutherstraße 65,
30171 Hannover*

sowie den ggf. beteiligten Versicherungsgesellschaften, den erkennenden Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, den beteiligten Rechtsanwälten, auf deren Aufforderung hin alle benötigten Auskünfte im Zusammenhang mit der von der Vertretungsvollmacht umfassten Angelegenheit zu erteilen und entsprechende Einsicht in die betreffenden Behandlungsunterlagen und Berichte, sämtliche ärztliche Aufzeichnungen und Befundberichte zu gewähren und ferner Röntgenaufnahmen, Gutachten sowie Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Beurteilungen über mich befinden, zur Verwertung in dieser Sache herauszugeben.

Meinen beauftragten Rechtsanwälten sollen jeweils gleichzeitig und soweit sachdienlich unaufgefordert Ablichtungen von schriftlichen Auskünften, Stellungnahmen sowie von angeforderten Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Hierzu entbinde ich sämtliche Ärzte und Mitarbeiter der vorgenannten Einrichtungen von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

RECHTSANWÄLTE

Christian Bögner
Alik Lasse Burke

KANZLEI

Lutherstraße 65
30171 Hannover

KONTAKT

☎ 0511 – 22 835 64
Fax 0511 – 22 835 65