

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich,

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen,

**Herrn Rechtsanwalt
Sinan Bleuß
Hahler Str. 20
32427 Minden**

und im Streitfall den zuständigen Gerichten, - auch über den Tod hinaus – entbinde. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Vorerkrankungen, soweit diese im Hinblick auf die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen von Bedeutung sind.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)