

AZ:

Ereignis: (z. B. Unfalldatum)

Name :

Vorname :

PLZ/Ort :

Strasse/Nr.:

Tel. :

Fax:

E-Mail:

Schweigepflichtentbindung

1. Ich entbinde alle mich derzeit und früher behandelnden Ärzte und Angehörige verwandter Berufe gegenüber Herrn Rechtsanwalt Lauppe-Assmann aus Düsseldorf von ihrer beruflichen Schweigepflicht.
2. Mein Dispositionsrecht, über die Schweigepflicht der zu 1 genannten Berufsgeheimnisträger übertrage ich umfassend auf Rechtsanwalt Lauppe-Assmann, der also insbesondere auch erteilte Entbindungen widerrufen oder einschränken darf!

Ort / Datum

Unterschrift