

DÖRTE WEBER

Rechtsanwältin

Fachanwaltskanzlei für Arbeitsrecht und Verkehrsrecht

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich meinen Arzt

Namen: _____ Praxis: _____

Anschrift: _____

Tel: _____ E-Mail _____

im Hinblick auf die Verletzungen aus dem Unfall/Vorfall vom _____ von seiner ärztlichen

Schweigepflicht

gegenüber der Rechtsanwaltskanzlei Dörte Weber - Rechtsanwältin und den mit der Abwicklung betrauten Versicherern unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der Kanzlei auf deren Anforderung in Kopie zugesandt werden. Der Arzt ist befugt, allen als Beteiligten in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

DÖRTE WEBER
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Arbeitsrecht
Fachanwältin für Verkehrsrecht

Kanzlei Berlin
Dörte Weber
Kurfürstendamm 152
10709 Berlin
Tel.: 030 89094120
Fax: 030 89094125

Kanzlei Bad Belzig
Dörte Weber
Friedrich-Engels-Straße 7
14806 Bad Belzig
Tel.: 030 89094120
Fax: 030 89094125

rechtsanwaeltin@berlin.de
rechtsanwaeltinweber@gmx.de

www.doerteweber.de
www.rechtsanwaeltinweber.de