



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Rechtsanwalt Heiko Pirog
Schivelbeiner Straße 22
10439 Berlin
Tel.: 030 / 555 79 391
Fax: 030 / 311 63 141
pirog@mobile-kanzlei-berlin.de

Betrifft: Unfall/Vorfall vom: _____

Hiermit entbinde ich, _____

meinen behandelnden Arzt/meine behandelnde Ärztin, _____

hinsichtlich der auf das oben genannte Ereignis folgenden Behandlung von deren/dessen
ärztlicher Schweigepflicht.

Ich bitte meinen Rechtsanwalt, Herrn Heiko Pirog, Schivelbeiner Straße 22, 10439 Berlin,
sowie der Versicherungsgesellschaft _____
alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Auftraggeber/in