

# LOSKE | MALBERG

RECHTSANWÄLTE

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

**Betreff: Ereignis vom** \_\_\_\_\_

Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser/ Kliniken sowie Therapeuten von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen und Behandlungen aus dem o.g. Ereignis stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Abschriften zur Verfügung gestellt werden können.

NAME, VORNAME: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

ANSCHRIFT: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**ULRICH LOSKE**  
RECHTSANWALT  
FACHANWALT  
FÜR VERKEHRSRECHT

**JÜRGEN MALBERG**  
RECHTSANWALT

SCHWARZENBERGER STR. 131  
47226 DUISBURG

TEL: 02065 76 43 19 0  
FAX: 02065 76 43 19 1  
KANZLEI@LOSKE-MALBERG.DE