

RECHTSANWALT SASCHA ÖSTREICH

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich meinen Arzt

Namen: _____ Praxis: _____

Anschrift: _____

Tel: _____ Erreichbarkeit: _____

im Hinblick auf die Verletzungen aus dem Unfall vom _____ von seiner ärztlichen
Schweigepflicht gegenüber Rechtsanwalt S.Östreich und den mit der Abwicklung betrauten
Versicherern.

Unterschrift, Datum