

## Ärztliche Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

alle Ärzte, die mich aus Anlass der am \_\_\_\_\_ erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten und von mir beauftragten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
- den beteiligten und von mir beauftragten Rechtsdienstleistern

Die Schweigepflichtentbindung ist davon abhängig, dass alle erteilten Auskünfte und Stellungnahmen in Kopie an

VINQO Legal Data Technology GmbH

Bornberg 94

42109 Wuppertal

Telefon: 0202 25625 000

Telefax: 0202 25625 010

E-Mail: info@vinqo.de

gesendet werden. Mir steht das Recht zu, diese Erklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift