

Schunk Oßwald Schunk Rechtsanwälte

Waldstraße 4, 04105 Leipzig

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

.....

Name, Vorname

.....

Adresse

folgende mich behandelnde Ärzte

.....

Name

.....

Adresse

hinsichtlich meiner durch den Verkehrsunfall vom erlittenen Verletzungen von
der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Rechtsanwälten Schunk Oßwald Schunk.

Ort, Datum

Unterschrift