



Pörtner & Kassebeer
Rechtsanwaltskanzlei
Lavesstr. 3

30159 Hannover

Entbindung von der Schweigepflicht

Unser Aktenzeichen:

Hiermit ermächtige ich,

Herr Frau

Name:

Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

alle Ärzte und medizinischen Einrichtungen, Krankenkassen, Sozialversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Behörden und andere private Versicherer, der Pörtner & Kassebeer Rechtsanwaltskanzlei, Lavesstr. 3, 30159 Hannover, auf deren Aufforderung hin, alle benötigten Auskünfte über die erlittenen Unfallfolgen vom ____ . ____ . ____ zu erteilen und entsprechende Einsicht in die Unterlagen zu gewähren. Hierzu entbinde ich alle Ärzte und Mitarbeiter der vorgenannten Einrichtungen von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift