

Zwolnienie z dochowania tajemnicy lekarskiej

Niniejszym oświadczam

urodzony/a dn.: _____

że zwalniam wszystkich lekarzy, którzy mnie w związku z

leczyli, bądź będą leczyć z dochowania tajemnicy lekarskiej w stosunku do

- a) biorących udział ubezpieczycieli
- b) biorących udział sądów i urzędów ścigania
- c) biorących udział adwokatów
- d) biorących udział biegłych

pod warunkiem, że informacje i opinie zostaną udzielone pisemnie i po uprzedniej akceptacji wyrażonej przez reprezentującą mnie adwokat

Aleksandra Włodarczyk-Zimny
adwokat

Birkenstraße 47-48
28195 Bremen

której każdorazowo zostaną przedłożone w kopii. Zwolnienie z dochowania tajemnicy lekarskiej dotyczy również przebytych chorób, o ile te pozostają w związku z mającymi tutaj znaczeniem chorobami, bądź obrażeniami ciała i zachowuje ważność również po mojej śmierci.

miejsowość, data

podpis

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich

geboren am: _____

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten
- d) den beteiligten Sachverständigen

entbinde unter der Bedingung, dass die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich und zwar nach vorheriger Einwilligung, der von mir beantragte Rechtsanwältin

Aleksandra Wlodarczyk-Zimny
Frau Rechtsanwältin

Birkenstraße 47-48
28195 Bremen

erfolgen und sie davon jeweils auch eine Kopie erhielt. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Vorerkrankungen, soweit diese im Hinblick auf die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen von Bedeutung sind und geht über mein Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift