

Ich,

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

entbinde hiermit aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls

- alle Ärzte und Therapeuten, die mich anlässlich des oben genannten Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden;
- alle Ärzte, die mich vor dem Unfall behandelt haben;
- alle Sozialversicherungsträger, insbesondere meine Krankenversicherung, die Rentenkasse, die Pflegeversicherung, das Jobcenter sowie sonstige Behörden;
- meinen Arbeitgeber;
- von mir beauftragte Sachverständige

von der Schweigepflicht, damit der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

**BECKER – KANZLEI FÜR VERKEHRSRECHT, Kurfürstendamm 70, 10709 Berlin**

alle zur Regulierung meines Unfallschadens bzw. Bezifferung meiner Ansprüche erforderlichen Informationen erteilt werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift