

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Rechtsanwälte HAJDA | KADEN | PARTNER  
Dr. Uwe Hajda, Dr. Tim Kaden

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift (nachfolgend kurz „MANDANT“ genannt)

entbinde hiermit,

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis, Angabe des behandelnden Arztes / Ärztin, Anschrift

zu dem Unfall / Vorgang vom

\_\_\_\_\_  
Datum

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte an die Rechtsanwaltskanzlei HAJDA | KADEN | PARTNER, 30159 Hannover, Schiffgraben 15 erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem erlittenen (Unfall) oder dem oben bezeichneten Vorgang und der daraus resultierenden Verletzung stehen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift