

## Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej

*Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht*

Ja, poniżej wymieniony (*Ich*):

Nazwisko (*Name*):

Imię (*Vorname*):

Data urodzenia (*Geb.*):

Adres korespondencji (*Anschrift*):

zwalniam wszystkich lekarzy prowadzących moje leczenie i w tym zakresie odniesionych obrażeń związanych ze zdarzeniem z dnia ..... z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w stosunku do

*(entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass der am \_\_\_\_\_ erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandelt werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber)*

- uczestniczących w prowadzeniu sprawy firm ubezpieczeniowych (*den beteiligten Versicherungsgesellschaften*)
- uczestniczących w prowadzeniu sprawy organów sądowych (*den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden*)
- uczestniczących w prowadzeniu sprawy adwokatów (*den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen*)

pod warunkiem, że lekarze udziela informacji pisemnie i kserokopie swojej opinii wysła do przeze mnie upoważnionej niżej wymienionej kancelarii prawniczej (*unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten*)

**Kanzlei  
Kaiser & Kollegen  
Rechtsanwälte  
Casterfeldstraße 93  
68199 Mannheim**

.....  
Miejsce, data  
(*Ort, Datum*)

.....  
Podpis  
(*Unterschrift*)