

# Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt:

Herrn Bernhard Schneider, Fischmarkt 2, 97737 Gemünden

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)