

## Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom \_\_\_\_\_

Alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem oben genannten Unfall und den daraus resultierenden Verletzungsfolgen behandelt haben, entbinde ich hiermit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Diese Entbindung gilt ausschließlich gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften sowie gegenüber Gerichten und den Strafverfolgungsbehörden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte alle erforderlichen Auskünfte erteilen und von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem Rechtsanwalt Kopien zur Verfügung stellen.

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift