

## Erklärung

### über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Behandlung / Vorfall / Unfall vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie gegenüber sämtlichen sonstigen an dem Rechtsstreit beteiligten Personen.

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

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

Berlin, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift