

## Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_  
erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen  
Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten

KANZLEI AM MARKTPLATZ  
Breite Straße 9 21244 Buchholz

zusenden.

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_