

# Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Betr.:** Unfall/Vorfall vom

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

Ich erkläre mich ausdrücklich 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

**Peter Dück, Heidenoldendorfer Str. 134, 32758 Detmold**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift