

## ENTBINDUNGSERKLÄRUNG DER ÄRZTE VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich alle Ärzte (und Krankenhäuser), die mich anlässlich des am ..... erlittenen Unfalls behandelt haben, bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

1. *den beteiligten Versicherungsgesellschaften*
2. *den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden*
3. *den beteiligten Rechtsanwaltskanzleien*

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils gleichzeitig eine Kopie mir und/oder den von mir beauftragten Anwälten zuleiten.

### Patientendaten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift