

# Erklärung

## über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Betr.:** Unfall vom \_\_\_\_\_

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

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 en Kellermann & Koll, Mühlstr. 17, 92318 Neumarkt

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift