

## **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Betr.: Vorfall vom .....

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

Ort .....

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 Verletzungen aus obigem Vorfall stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten

Rechtsanwaltskanzlei Hewer & Kollegen, Bismarckstraße 4, 65582 Diez

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

....., den .....

Unterschrift .....