



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlaß des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, - auch über den Tod hinaus - und zwar gegenüber

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin, nämlich _____ eingeschrieben zusenden.

Name: _____
Vorname: _____
geb. am: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

_____, den _____

(Unterschrift des Mandanten)