

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall/Vorfall vom \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Herrn/Frau Dr. med. \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall/Vorfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können.

Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

Rechtsanwaltskanzlei  
Pieter Hieronimus  
Mittlerer Flurweg 30  
55543 Bad Kreuznach

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)