

## **Erklärung** **über die 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 hiermit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den Bevollmächtigten, Rechtsanwälten Hagn, Deckert Kuffer & Partner, Bergbräustraße 7, 85049 Ingolstadt, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

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

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

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

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

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