

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlaß des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls behandelt haben respektive behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c) den beteiligten Rechtsanwälten.

Dies erfolgt unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Herrn

**Rechtsanwalt Andreas Wörner, Kellereistr. 19, 74706 Osterburken, Telefon: 06291.8016**

zusenden.

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift)

-----