

## Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_  
erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweige-  
pflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und  
davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten

Rechtsanwaltskanzlei JUNG  
Wilhelmsdorfer Str. 85  
14776 Brandenburg an der Havel

zusenden.

( Unterschrift)