

## ERKLÄRUNG über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Betreff:** Vorfallereignis vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit 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

Bogdahn & Partner mbB,  
Rechtsanwälte  
Herrenstraße 9  
87700 Memmingen  
Telefon 08331/99590-0  
Telefax 08331/99590-23

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Vorerkrankungen, soweit diese im Hinblick auf die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen von Bedeutung sind.

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

Unterschrift