

## **Schweigepflichtentbindungserklärung**

In Sachen

\_\_\_\_\_ ./\_. \_\_\_\_\_  
(Name/Vorname/ Firmenbezeichnung) (Name/Vorname/ Firmenbezeichnung)

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, 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 dem von mir beauftragten

**Rechtsanwälte Klaßen & Michel, Zeughausstraße 2, 55469 Simmern**

zusenden.

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

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

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

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