

## **SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname und Name)

wohnhaft \_\_\_\_\_ erkläre  
(vollständige Anschrift)

mich hiermit einverstanden, dass alle mich behandelnden Ärzte Auskunft geben über Krankheitsverlauf und Folgen aus Anlass der Behandlung aufgrund

\_\_\_\_\_  
(Unfall / Anlass der Behandlung)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass gegenüber beteiligten Gerichten, Versicherungsgesellschaften und Rechtsanwälten alle erforderlichen Auskünfte schriftlich oder mündlich erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem oben angegebenen Schadensereignis stehen und befreie die mich behandelnden Ärzte insoweit ausdrücklich von Ihrer Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift