

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des

Unfalls vom: _____, in _____

behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der von mir beauftragten

**Rechtsanwaltskanzlei
Michael Geist & Thomas Kampelmann
Hegede 11-15, 23966 Wismar
Telefon (03841) 40 3 40 • Telefax (03841) 40 3 41**

Abschriften bzw. Kopien zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____

(Unterschrift)