

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Anlässlich des Unfalls / Vorfalls vom \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

entbinde ich

---

---

---

---

den / die mich behandelnden Ärzte

---

---

---

---

hiermit von dessen / deren ärztlicher Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall / Vorfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen,

- an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden,
- an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder
- an beteiligte Rechtsanwälte

erteilt werden können.

Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt

**Mark Schmidt**  
**Hainbergring 36**  
**37574 Einbeck - Kreiensen**  
**Telefon: 05563 - 919662**  
**Telefax: 05563 - 919661**

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift