

**ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER
ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

Betreff: Unfall/Schadensereignis vom

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

Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen und erkläre weiterhin, dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem bevollmächtigten Rechtsanwalt

Herrn Klaus Kleinert, Dinkelsbühler Str. 4, 91555 Feuchtwangen

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Feuchtwangen, den

.....
Unterschrift