

# Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff:

wegen:

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt

**Herr Andreas Berthold**  
**Wächterstraße 51**  
**01139 Dresden**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

Ort, Datum

Unterschrift

Formularfelder zurücksetzen

Speichern

Drucken