

Zustellungen werden nur an  
den Bevollmächtigten erbeten!

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

die mich behandelnden Ärzte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass den beteiligten Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Versicherungsgesellschaften und Rechtsanwälten die Auskünfte über die

am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

erlittenen Unfallverletzungen erteilt werden.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht steht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt werden und meinem Rechtsanwalt unaufgefordert eine Abschrift der jeweiligen Auskunft zugeleitet wird.

Bielefeld, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)