

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle mich anlässlich des am erlittenen Unfalls behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten:

1. Versicherungsgesellschaften
2. Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
3. den beteiligten Rechtsanwälten bzw. Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und hiervon jeweils zugleich ein Kopie der von mir ausgewählten Rechtsanwältin zusenden.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

(Datum)

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