

# Schweigerechtsentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

alle Ärzte, die mich aus Anlaß des Verkehrsunfalls

vom: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

wegen meiner erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die Ärzte alle Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie an die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei:

Kanzlei Fries  
Oppelner Str. 17  
50389 Wesseling

Tel. 02236/8 12 73  
Fax 02236/88 24 54

senden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift