

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich _____
(Name, Anschrift, Geburtsdatum)

alle behandelnden Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie deren Bedienstete und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die

mich im Zusammenhang mit _____ vom _____
(Ereignis, z. B. Unfall) (Datum)

behandelt haben oder werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte ausschließlich schriftlich erteilt werden und den von mir beauftragten



Friedrichstraße 15, 63739 Aschaffenburg, Telefax 06021/3501-11

jeweils in Kopie zu dem Aktenzeichen _____ übersandt werden.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)