



# ERKLÄRUNG

ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER  
ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Unfall/Vorfall vom \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ .

Herrn/Frau Dr. med.

\_\_\_\_\_

in

\_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall/Vorfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können.

Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass die von mir beauftragte

**Frau Rechtsanwältin Carmen Ihm**

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

\_\_\_\_\_ ,

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift