

# Erklärung

über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Betr.:** Unfall vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich,

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

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

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

alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen unter der Voraussetzung, dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Anwaltskanzlei



Y O R U L M A Z & P A R T N E R  
R E C H T S A N W Ä L T E

Bgm.-Aurnhammer-Str. 6, 86199 Augsburg

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Augsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift