



## ERKLÄRUNG über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Betr.:** Unfall / Behandlung vom .....

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen oder Behandlungsfolgen stehen, und daß von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten **Marci Rechtsanwälten** Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

....., den .....

.....

Unterschrift