



Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall/Vorfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen - und zwar einschließlich Vorerkrankungen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Robert **Zimmermann**, Stadtgasse 1, 87727 Babenhausen Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift