

# Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle mich anlässlich des Unfalls vom \_\_\_\_\_ behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den

**Rechtsanwälten  
Hahn & Kollegen  
Johannesstraße 3  
99084 Erfurt**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_