

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

---

(Name, Vorname, Anschrift)

die mich infolge des Unfalls

Datum und Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

behandelnden Arzt/Ärzte: (Name/n und Anschrift/en bitte eintragen)

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 bzw. stehen können, an beteiligte Gerichte, ggf. Strafverfolgungsbehörden, Versicherungsgesellschaften sowie an den von mir beauftragten

Rechtsanwalt  
Ronny Liem  
Felsenkellerstraße 8a  
07745 Jena

erteilt werden können.

---

Ort, Datum, Unterschrift