

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass meiner bei dem Verkehrsunfall / Vorfall vom

_____._____._____ (Bitte Datum eingeben!)

erlittenen Verletzungen behandelt haben und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

1. **den beteiligten Versicherungen,**
2. **den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,**
3. **den beteiligten Rechtsanwälten,**

unter der **Bedingung**, dass die Ärzte Auskünfte nur schriftlich erteilen und dem von mir beauftragten

**Rechtsanwalt
Carsten Heinrich
Neustadt 16
24939 Flensburg**

unaufgefordert und unverzüglich eine kostenlose Abschrift dieser Auskunft übersenden. Ich wurde bislang von den nachfolgenden bezeichneten Ärzten behandelt:

Name: _____ Krankenhaus: _____

Anschrift: _____

Name: _____ Krankenhaus: _____

Anschrift: _____

Name: _____ Krankenhaus: _____

Anschrift: _____

Name: _____ Krankenhaus: _____

Anschrift: _____

Angaben zur Person des Erklärenden:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Anschrift: _____

Flensburg,

.....
(Unterschrift)