

# **SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG**

gegenüber Angehörigen der medizinischen Heilberufe

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte: Name, Vorname des Arztes Anschrift des Arztes

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

die mich aus Anlass des am erlittenen Unfalles / Vorfalles behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem Rechtsanwalt Jan Wollesen, Geheimrat-Dr.-Schaedel-Str. 24, 24955 Harrislee (Tel.: 0461-72018/ Fax: 0461-75061) zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

(Ort, Datum) (Unterschrift)