

# Erklärung

## über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Betr.: Unfall/Vorfall vom**

|  |
|--|
|  |
|--|

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. 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 dem bevollmächtigten

**Rechtsanwalt Thomas Gosmann, Kölner Straße 254 a, 51702 Bergneustadt**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

|                             |
|-----------------------------|
| Name, Vorname, Geburtsdatum |
| Anschrift                   |

|                          |
|--------------------------|
| Ort, Datum, Unterschrift |
|--------------------------|