



## ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls 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 der von mir beauftragten Rechtsanwälte, nämlich

**Rechtsanwälte Ralf Neidhardt & Matthias Kolb,  
Münchstr. 9, 63739 Aschaffenburg**

zusenden.

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )