

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Behandler, die mich aus Anlass des

Unfalles/Vorfalles vom _____

untersucht und/oder behandelt haben bzw. noch untersuchen und/oder behandeln werden, von der Schweigepflicht, und zwar gegenüber

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

unter der Bedingung, dass die Behandler Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und diese möglichst kurzfristig an die von mir beauftragten Rechtsanwälte zu senden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)