

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen,
- den beteiligten weiteren Ärzten/Gutachtern und Kliniken.

[Unzutreffendes ggf. streichen!]

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Verfolgung meiner rechtlichen Ansprüche im Hinblick auf das oben näher beschriebene Ereignis.

Zugleich gestatte ich, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie des von mir beauftragten

Rechtsanwalt Michael Felchner
Aarstraße 217
65232 Taunusstein

zusenden.

Mir steht das Recht zu, diese Erklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ort/Datum/Unterschrift