

Schweigepflichtentbindungserklärung

gegenüber Angehörigen der medizinischen Heilberufe

Hiermit entbinde ich

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum und -ort)

(Anschrift)

die mich behandelnden Ärzte:

Name, Vorname des Arztes

Anschrift des Arztes

1.

2.

3.

von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich der von mir erlittenen Verletzungen und Ihrer Behandlung anlässlich des Verkehrsunfalles vom _____ .(Datum)

Der Grund dieser Entbindung ist die Geltendmachung von Schmerzensgeld und Schadenersatzansprüchen gegenüber dem Schädiger / dessen Versicherer.

Die Schweigepflichtentbindung gilt unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten

Rechtsanwalt Volker Baum, Neuendorfstr. 18a, 16761 Hennigsdorf.

auf dessen Anforderung in Kopie (ggf. gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Hennigsdorf, den _____

(Unterschrift)