

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: Unfall vom \_\_\_\_\_  
(Datum + Uhrzeit)

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_  
(Name + Anschrift)

Herrn-Frau Dr. med.  
\_\_\_\_\_  
(Name + Anschrift sämtlicher behandelnder Ärzte und Krankenhäuser)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Erteilung aller Auskünfte bezüglich der erlittenen Unfallverletzungen erkläre ich mich einverstanden unter der Voraussetzung, dass

- a) den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten Iburg, Upheber & Kollegen, Klosterstraße 19a, 32545 Bad Oeynhausen, sowie
- b) sämtlichen mit der Abwicklung des oben aufgeführten Unfalls beauftragten Unternehmen und Einrichtungen (insbesondere Versicherungen)

von allen Berichten, Auskünften u. Gutachten Abschriften bzw. Kopien zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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