

# ERKLÄRUNG

## über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Betreff:**

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinen bevollmächtigten Rechtsanwälten

**Rechtsanwälte  
Rieger – Weihe – Schmittkamp  
Poststr. 23a  
42897 Remscheid**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_