

# **Erklärung**

## **über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Unfall vom:

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, 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 dem Anwaltsbüro Thomas Schmittkamp, Alter Markt 6 (Altes Rathaus), 42897 Remscheid, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

....., den.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift