

## Entbindung von der Schweigepflicht

Erklärender:     Name, Vorname     \_\_\_\_\_

                  Geburtsdatum     \_\_\_\_\_

                  Anschrift         \_\_\_\_\_

Ich entbinde hiermit folgende Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde im Zusammenhang mit meinem Unfall vom \_\_\_\_\_ mitgeteilt werden:

1. Arzt \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

2. Arzt \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

3. Arzt \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte

Golland Rechtsanwaltskanzlei  
Engerstraße 37/38  
47906 Kempen

gleichzeitig – und zwar unaufgefordert – eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift