

## Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass der am \_\_\_\_\_ erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Kanzlei

**Albers und Coll.  
Rechtsanwälte  
Ludwigstr. 65  
67059 Ludwigshafen**

zusenden.

Gegenüber Rechtsanwalt Albers dürfen Auskünfte auch mündlich erteilt werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift