

## **SCHWEIGEPFLICHTS- ENTBINDUNGSERKLÄRUNG**

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

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten

unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt zusenden.

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

- Unterschrift -

---

beauftragte Rechtsanwälte:  
Kanzlei Dr.iur.Bernd Rübmann, Arno Gutsche, Anke Engelhardt  
Wilhelmstraße 24, 64625 Bensheim

Betrifft Registernummer: \_\_\_\_\_

Rubrum: \_\_\_\_\_ ./\_\_\_\_\_