

## Erklärung

### über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall/Vorfall vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte sowie Angehörigen anderer Heilberufe und Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Rechtsanwältin, den beteiligten Versicherungsgesellschaften und Sozialversicherungsträgern, 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 der bevollmächtigten

**Rechtsanwältin Andrea Sautter, Wackersteinstraße 32 in 72793 Pfullingen**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift