

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärztinnen/Ärzte die mich wegen des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls behandelt haben oder noch behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

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

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

Wolfarth & Partner GbR, Rheinbahnstraße 3, 65185 Wiesbaden  
Tel. 0611/370089 Fax 0611/375444 zusenden.

Nachname: \_\_\_\_\_

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

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

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

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift