

# Schweigepflichtsentbindungserklärung

gegenüber Angehörigen der medizinischen Heilberufe

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname und Anschrift

die mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden:

	Name, Vorname und Anschrift des Arztes
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht hinsichtlich der von mir erlittenen Verletzungen und Ihrer Behandlung anlässlich des Verkehrsunfalles vom \_\_\_\_\_ (Datum).

Der Grund dieser Entbindung ist die Geltendmachung von Schmerzensgeld und Schadenersatzansprüchen gegenüber dem Schädiger bzw. dessen Versicherung.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt Rolf Winter, Offenbachstr. 51, 81245 München, auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift