

## 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 – Kessler – Walter, Bahnhofstraße 18, 65185 Wiesbaden  
Tel. 0611/39811 Fax 0611/372970 zusenden.

Nachname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift