

## Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name: \_\_\_\_\_

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

Geb.: \_\_\_\_\_

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

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

**den beteiligten Versicherungsgesellschaften**

**den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden**

**den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen**

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte, Gutachten und Stellungnahmen erteilen und davon zumindest eine Kopie oder das Original der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

**Höffmann & Partner Rechtsanwälte**

**Rechtsanwälte**

**Bürgermeister-Heukamp-Str. 23**

**49661 Cloppenburg**

zusenden. Wenn möglich, sollen Berichte, Auskünfte und Stellungnahmen per E-Mail an

**info@hoeffmann-partner.de**

gesendet werden. Kosten für die Erstellung von Arztberichten, Stellungnahmen, Gutachten und sonstigen Auskünften übernehme ich. Die Kostenrechnung kann an die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei übersandt werden.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**