

## 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 und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten

Höffmann & Partner  
Rechtsanwälte  
Bürgermeister-Heukamp-Str. 23  
49661 Cloppenburg

zusenden.

Ort, Datum

Unterschrift