

**ERKLÄRUNG**  
**ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

**Betreff:** Unfallereignis vom .....

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, sowie Bedienstete von Kliniken jedweder Art und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem bevollmächtigten Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich bin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, welche mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen (einschließlich Vorerkrankungen). Von allen Auskünften gleich welcher Art sind meinem bevollmächtigten Rechtsanwalt

.....

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

....., den .....

Ort/Datum

Unterschrift