

SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich,

entbinde

alle mich nachfolgend im Zusammenhang mit den aufgrund des Unfallereignisses vom _____ erlittenen Verletzungen sowie deren Folgen behandelnden Ärzte von ihrer/seiner gesetzlichen Schweige-pflicht:

1)

Name des behandelnden Arztes

Straße

Ort

2)

Name des behandelnden Arztes

Straße

Ort

3)

Name des behandelnden Arztes

Straße

Ort

Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig, Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, sowie Bedienstete von Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren gegenüber den

**Rechtsanwälten
Rudolph & Berninger PartmbB
Lochweg 2A
97318 Kitzingen**

und den Anspruchsgegnern, insbesondere Haftpflichtversicherungen von ihrer Schweigepflicht.

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift