



Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

entbinde hiermit alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

betreffend den Vorfall/Unfall vom _____ .

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den durch den vorgenannten Vorfall/Unfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen, und dass von allen Behandlungs- und Befundberichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten

**Rechtsanwaltskanzlei Rau & Kollegen
Marktstr. 18
72202 Nagold**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------