

**Erklärung
über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Betr.: Unfall / Ereignis vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt / Rechtsanwältin, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten **Pfister Rechtsanwälten, Bruchstr. 1 d, 67098 Bad Dürkheim**, Abschriften zu Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Bad Dürkheim, den
Unterschrift