

# ERKLÄRUNG

## über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, 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

**Rechtsanwältin Irene Freymann, Unterer Markt 3, 84405 Dorfen**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname

-----

Geburtsdatum

-----

Anschrift

-----

-----

-----, den

-----  
Unterschrift