

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom ..... in .....

Hiermit erkläre ich,

.....

dass ich alle Ärzte, die mich behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, bevollmächtigten Rechtsanwälten und im Streitfall den zuständigen Gerichten entbinde.

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 dem bevollmächtigten Rechtsanwalt

**Robby Semmling, Germanenstraße 118, 12524 Berlin**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum und Ort:	
Anschrift:	

Ort, den

.....  
(Unterschrift)