

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

(Vorname, Name) \_\_\_\_\_

(Anschrift) \_\_\_\_\_

(Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

alle Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die mich im Zusammenhang mit den Verletzungsfolgen des Verkehrsunfalls/Schadenfalls vom \_\_\_\_\_ behandelt haben, von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und von mir beauftragten Rechtsanwälten unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erteilen.

Die Schweigepflichtentbindung gilt auch für evtl. Vorerkrankungen, soweit diese Auswirkungen auf meine, auf den Schadenfall beruhenden, Verletzungen haben können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift