

### Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass meiner bei dem Verkehrsunfall / Vorfall am

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.  
(Bitte Datum eingeben!)

erlittenen Verletzungen behandelt haben und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und den beteiligten Rechtsanwälten, unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte nur schriftlich erteilen und die von mir beauftragten

Rechtsanwälte und Notare  
Matthias Scholand, Stefan Thomas  
und Ralf Nebel  
Gerichtstraße 12  
58540 Meinerzhagen

Tel: 02354/92390  
Fax: 02354/923940  
Email: sekretariat@kanzlei-kks.de  
HP: [www.kanzlei-kks.de](http://www.kanzlei-kks.de)

unaufgefordert und sofort eine kostenlose Abschrift dieser Auskunft übersandt erhalten. Die Ärzte sind befugt über alle Umstände – einschließlich aller Vorerkrankungen – Auskunft zu erteilen, die mit dem vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Ich wurde bislang von den nachfolgenden bezeichneten Ärzten behandelt:

Name: \_\_\_\_\_ Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Angaben zur Person des Erklärenden:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meinerzhagen, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)