

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum)

alle behandelnden Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie deren  
Bedienstete und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die

mich im Zusammenhang mit \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_  
(Ereignis, z. B. Unfall) (Datum)

behandelt haben oder werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht  
gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungs-  
gesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte  
ausschließlich schriftlich erteilt werden und den von mir beauftragten



Friedrichstraße 15, 63739 Aschaffenburg, Telefax 06021/3501-11

jeweils in Kopie zu dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_ übersandt werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)