

SCHWEIGEPFLICHT-ENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich,

entbinde

alle Ärzte

Frau/Herrn Dr. med.

Name des behandelnden Arztes

Straße

Ort

im Zusammenhang mit den aufgrund des Unfallereignisses vom _____
erlittenen Verletzungen sowie deren Folgen von ihrer/seiner gesetzlichen
Schweigepflicht.

Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig, Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer
Heilberufe, sowie Bedienstete von Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger und
Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren gegenüber den

**Rechtsanwälten
Rudolph & Berninger PartmbB
Kaiserstraße 30
97318 Kitzingen**

und den Anspruchsgegnern, insbesondere Haftpflichtversicherungen von ihrer
Schweigepflicht.

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift