

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

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

\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum und -ort),

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

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich anlässlich des Unfalls am

am \_\_\_\_\_ (Unfalldatum) in \_\_\_\_\_ (Unfallort)

behandelt haben und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Ordnungsbehörden, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erfolgen und davon jeweils eine Abschrift dem von mir in der Sache bevollmächtigten Rechtsanwalt

Rechtsanwalt Alexander Zehe  
Eschersheimer Landstraße 526-532  
60433 Frankfurt am Main  
Telefon 069 34872000  
Telefax 069 348720077  
Mail kanzlei@azanwalt.de

übermittelt wird.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

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