

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit die mich behandelnden Ärzte, nämlich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Name und Anschrift der Ärzte / Kliniken)

anlässlich des Unfalls / Vorfalls vom \_\_\_\_\_ (Datum) von der ärztlichen  
Schweigepflicht.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber der Kanzlei Raab & Kollegen  
Rechtsanwälte, Marktstraße 1, 91448 Emskirchen, sowie gegenüber der  
gegnerischen Haftpflichtversicherung.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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