

# **E r k l ä r u n g**

## **über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

**Betr.:** Unfall vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Rechtsanwälten Kurtenbach & Cornet, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten Kurtenbach & Cornet Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ **den** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unterschrift**