

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

Vorliegend entbinde ich,

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

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

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

alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die mich anlässlich des u.g. Ereignisses untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber

Rechtsanwältin Almuth Zempel

\_\_\_\_\_ sowie allen an der Abwicklung beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Die Erklärung bezieht sich auf

ggf. Schadensdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Schadensort: \_\_\_\_\_

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meinen Rechtsanwälten alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang des obigen Ereignisses stehen und Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift