



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Verletzter	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
Name	ausgeübter Beruf
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl, Ort	Telefax
	E-Mail
	Unfall am

Behandelnder Arzt	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
Name	Krankenhaus
Vorname	
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl, Ort	Telefax

- Hiermit entbinde ich die Ärztin/den Arzt und sämtliche weitere Ärzte, die mich auf Grund des oben genannten Unfallereignisses aus Anlass der Folgen behandelt haben oder behandeln werden von ihrer/seiner Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass diese/r gegenüber den beteiligten Versicherungen, den beteiligten Gerichten und den beteiligten Rechtsanwälten die von diesen gewünschte Auskünfte erteilt. Die Auskünfte und Stellungnahmen müssen jeweils schriftlich erteilt werden und eine Kopie dieser Schreiben muss jeweils an die von mir beauftragten **Gräf & Centorbi Rechtsanwaltsgesellschaft mbH** übersandt werden.

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

Unterschrift  \_\_\_\_\_