

Entbindungserklärung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

wohnhaft in

sämtliche Ärzte, die mich aus Anlass des am _____
erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden sowie das medizinische
Hilfspersonal von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindungserklärung bezieht
sich auf jede ärztliche Tätigkeit, einschließlich derjenigen des medizinischen Hilfsper-
sonals. Sie gilt für folgende Ärzte:

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Behandlungsunterlagen dieser Ärzte und
die dazugehörigen Arztberichte von der Rechtsanwaltskanzlei *Sobczak & Partner* bei-
gezogen werden können und im Rahmen des Mandats verwendet werden.

Der entbundene Arzt wird nicht berechtigt, die Unterlagen ohne ausdrückliches Einver-
ständnis meiner Bevollmächtigten an Dritte weiterzuleiten.

Die Entbindungserklärung gilt ausdrücklich über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)