

# ENTBINDUNG von der SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte/innen / Krankenanstalten, die mich aus Anlass des am

.....

erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich der unfallbedingten / schadenbedingten Verletzungen und deren Folgen und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c) den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt unter der Bedingung, dass Stellungnahmen und Auskünfte der Ärzte gegenüber den genannten Dritten schriftlich erteilt und in Kopie an die von mir beauftragten

**PWR Rechtsanwälte (RA Reitzmann)**

**Hügelstraße 2**

**60435 Frankfurt/Main**

zugesendet werden.

Herr / Frau \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift:

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum