

Schweigepflichtentbindungserklärung

Betreff: Unfall / Vorfall vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie deren Bedienstete und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen/körperlichen Beeinträchtigungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinen bevollmächtigten

**Rechtsanwälten
Helpenstein & Linden
Düsseldorfer Str. 1
40667 Meerbusch**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name,
Vorname:.....

Anschrift:.....

Geburtsdatum:.....

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)