

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorliegend entbinde ich,

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Anschrift) \_\_\_\_\_  
der Ärzte \_\_\_\_\_

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber RAin Achtermann-Ljubimow und RAin Urrigshardt, Kirchgasse 7, 61184 Karben sowie allen an der Abwicklung beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Die Erklärung bezieht sich auf

Schadensereignis/  
Anlass: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift