

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten

**Rechtsanwalt Wolfgang Schneider, Wilhelmstraße 15
71638 Ludwigsburg**

und

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ludwigsburg, den _____

-Unterschrift-