

**Befreiung von der  
ärztlichen Schweigepflicht**

Betrifft: .....

Herrn / Frau Dr. med. ....

in.....

befreie ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallverletzungen in Zusammenhang stehen.

Voraussetzung dieser Schweigepflichtsbefreiung ist, dass meinem Rechtsanwalt von allen Auskünften und Arztberichten unaufgefordert Abschriften zugehen.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

.....

....., den .....

Ort

Datum

Unterschrift