

# Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass meiner bei dem Verkehrsunfall / Vorfall am

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.  
(Bitte Datum eingeben!)

erlittenen Verletzungen behandelt haben und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

1. **den beteiligten Versicherungen,**
2. **den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,**
3. **den beteiligten Rechtsanwälten,**

unter der **Bedingung**, dass die Ärzte Auskünfte nur schriftlich erteilen und die von mir beauftragten

**Rechtsanwälte • Fachanwälte  
Hoffmann • Peschkes & Partner GbR  
Langgasse 36  
65183 Wiesbaden**

unaufgefordert und sofort eine kostenlose Abschrift dieser Auskunft übersandt erhalten. Ich wurde bislang von den nachfolgenden bezeichneten Ärzten behandelt:

Name: \_\_\_\_\_ Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Angaben zur **Person des Erklärenden**:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Wiesbaden, \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)