

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

alle Ärzte, Physiotherapeuten u. a., die mich aus Anlass des durch das (Verkehrs-)Unfallgeschehen vom \_\_\_\_\_ erlittenen körperlichen Schadens behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die Ärzte u. a. Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt, nämlich

**Herrn Rechtsanwalt  
Andreas Steffen,  
Stralsunder Straße 3,  
16515 Oranienburg,**

**Tel.: (03301) 597 00 , Fax: (03301) 70 21 01,**

zusenden.

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

.....

(Unterschrift)

