

## ERKLÄRUNG

### zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls/Vorfalles 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 der von mir beauftragte

**Rechtsanwalt  
Genadi Lewinski, Turnerstraße 19, 33602 Bielefeld**

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhalten.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

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