

# ERKLÄRUNG

## über 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 Edwin Suermondt, Hauptstr. 19, 52372 Kreuzau**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Kreuzau,

.....  
(Unterschrift)