

**Erklärung**  
**über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Vorliegend entbinde ich,

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

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

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

den/die mich behandelnden Arzt/Ärzte, der/die mich anlässlich des u. g. Schadensereignisses untersucht, beraten oder behandelt hat/haben, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus:

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

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

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber

**Rechtsanwältin Julia Brückmann, Kaulardstraße 74, 50354 Hürth**

sowie allen an der Abwicklung beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Die Erklärung bezieht sich auf

Schadensereignis/Anlass: \_\_\_\_\_

ggf. Schadensdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Schadensort: \_\_\_\_\_

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meiner Rechtsanwältin alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang des obigen Schadensereignisses stehen und Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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