

## **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich, .....  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum), alle Ärzte, die

mich in Zusammenhang mit ..... vom .....  
(Ereignis) (Datum)

behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt Wischmann, Blumenauer Str.1, 30449 Hannover, jeweils in Kopie übersandt werden.

....., den .....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

---

## **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich, .....  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum), alle Ärzte, die

mich in Zusammenhang mit ..... vom .....  
(Ereignis) (Datum)

behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt Wischmann, Blumenauer Str.1, 30449 Hannover, jeweils in Kopie übersandt werden.

....., den .....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)