

**Ärztliche**  
**Schweigepflichtsentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Name und Anschrift, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhauses)

aufgrund der Behandlung in Bezug auf den erlittenen Unfall- bzw. das Ereignis vom \_\_\_\_\_ von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass der Arzt / das Krankenhaus Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt und davon jeweils eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt, nämlich

**Rechtsanwalt Severin Bodenstaff**  
**Unnaer Str. 9, 59457 Werl**

zusendet bzw. überlässt.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

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