

## **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich,

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

alle mich anlässlich des Verkehrsunfalles/ereignisses

vom \_\_\_\_\_

behandelnden Ärzte und Krankenhäuser gegenüber

- den bearbeitenden Versicherungen
- der Staatsanwaltschaft bzw. der Polizei
- sachbearbeitenden Rechtsanwälten und Gerichten

von der Schweigepflicht. Die Entbindung wird nur wirksam,

soweit die Auskünfte ausschließlich schriftlich erteilt und meinem Rechtsanwalt,

**Rechtsanwalt Steffen Sack, Brandenburgische Straße 14, 15566 Schöneiche**

**Telefon 030 / 64 32 86 91 Telefax 030 / 64 32 86 92**

jeweils eine kostenlose Abschrift übersandt wird.

---

eigenhändige Unterschrift Auftraggeber