



**ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER
ÄRZTLICHEN SCHWEIGEFLICHT**

Betr.:

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. 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 den von mir bevollmächtigten

**EGH Eifert Geerts Harting
Rechtsanwälte PartG mbB
Adolfstraße 10
65185 Wiesbaden**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

....., den

Unterschrift