

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

Unfall vom .....

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....  
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....  
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....  
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....  
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....  
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

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 dem(n) bevollmächtigten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin

**BACKEN, NISSEN & HEINICKE GbR**  
**PETER H. BACKEN,**  
**DR. JUR. ULF A. NISSEN &**  
**SASCHA HEINICKE**  
**Altenholzer Straße 5-7**  
**24161 Altenholz/Kiel**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

....., den .....

.....  
Unterschrift