

## Schweigepflichtsentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls behandelt haben beziehungsweise behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsorganen
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

Happke Prange  
– Recht & Steuern –  
Gänsemarkt 44, 20354 Hamburg  
Tel.: 040 / 34 99 38-0  
Fax: 040 / 34 99 38-10

zusenden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hamburg, den \_\_\_\_\_

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