

# Entbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

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

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

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

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

alle Ärzte, die mich aus Anlass des Vorfalls vom \_\_\_\_\_ behandelt  
haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

Die behandelnden Ärzte

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

sind berechtigt, schriftliche Auskünfte und Stellungnahmen abzugeben.

48691 Vreden, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift