

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon zugleich eine Kopie den von mir beauftragten

**Rechtsanwälten Glutsch & Kögler, Leopoldstr. 2 a, 76133 Karlsruhe**

zusenden.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift