

# ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

---

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

die nachfolgend genannten Ärzte wegen eines Unfalls / Vorfalles vom \_\_\_\_\_  
von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

*Herrn Rechtsanwalt Bernd Schöning, Mühlenstraße 101, 48703 Stadtlohn*

sowie gegenüber der diese Bescheinigung vorlegenden Versicherung(en).

Arzt / Krankenhaus: \_\_\_\_\_

*vollständige Anschrift:* \_\_\_\_\_

Arzt / Krankenhaus: \_\_\_\_\_

*vollständige Anschrift:* \_\_\_\_\_

Arzt / Krankenhaus: \_\_\_\_\_

*vollständige Anschrift:* \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*