

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erteile ich,

\_\_\_\_\_,'

geb. am \_\_\_\_\_,'

wohnhaft in \_\_\_\_\_,' \_\_\_\_\_,'

sämtlichen Ärzten, die mich aus Anlaß des (Verkehrs) Unfallereignisses vom \_\_\_\_\_ behandelt haben bzw. behandeln werden, Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

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

Rechtsanwalt  
Norbert Kosten  
Meyfartstraße 19  
99084 Erfurt

zusenden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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