

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich, \_\_\_\_\_ (*Name, Vorname*)

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit die mich behandelnden Ärzte, nämlich

---

---

---

---

---

*(Name und Anschrift der Ärzte / Kliniken)*

anlässlich des Unfalls / Vorfalls vom \_\_\_\_\_ (*Datum*) von der ärztlichen  
Schweigepflicht.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber der Kanzlei Raab & Kollegen,  
Hallstraße 9, 90762 Fürth, sowie gegenüber der gegnerischen Haftpflichtver-  
sicherung.

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

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