

## **Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Betreffend.: Unfall vom \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt

**Dr. Tobias Kumpf, Widenmayerstraße 15, 80539 München**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift