

# ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEFLICHT

## Betreffend Unfall / Situation / Geschehnis

---

Situation mit ärztlicher Folgehandlung (z. B. Verkehrsunfall)

Ort

Datum

---

## Entbinde ich folgende Person / Einrichtung hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

---

Praxis / Institut

---

Vorname

Nachname

---

Straße / Hausnummer

Postleitzahl Ort

---

Telefon

Telefax

E-Mail

---

Ich erkläre mich einverstanden, dass den von mir beauftragten Rechtsanwälten und ggf. der beteiligten Versicherung oder nachfolgend aufgeführten dritten Beteiligten alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der oben angegebenen Situation stehen.

---

I.) Unternehmen (z. B. Versicherung)

---

Straße / Hausnummer

Postleitzahl Ort

---

II.) Unternehmen (z. B. Sachverständiger / Gutachter)

---

Straße / Hausnummer

Postleitzahl Ort

---

Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden. Die in den Kanzleiräumen ausliegenden und im Internet unter [wieseundkollegen.de](http://wieseundkollegen.de) abrufbaren Informationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Vorname

Nachname

---

Datum

Unterschrift

---

