

Aktenzeichen der Versicherung: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Betr.: Ereignis / Verkehrsunfall vom

Ich,

geb. am:

wohnhaft:

entbinde hiermit freiwillig Ärzte, Zahnärzte oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über den Tod hinaus. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Vorerkrankungen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit Verletzungen oder Folgen aus dem oben bezeichneten Ereignis stehen.

Die genannten Personen bzw. Einrichtungen sind berechtigt, über die Art meiner Verletzungen, die Behandlung und meinen Gesundheitszustand der Polizei, Staatsanwaltschaften, Gerichten, Versicherungen sowie den von mir beauftragten Rechtsanwälten Adam, Gall-Stöckl und Zahn, Grünwalderstr. 53, 81547 München, Auskunft zu erteilen.

München, den _____

