

# UDO PRÜFER - RECHTSANWALT UND NOTAR - BERLIN

## Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

alle Ärzte, die mich aus Anlaß meiner bei dem

Verkehrsunfall / Vorfall vom \_\_\_\_\_

erlittenen Verletzungen behandelt haben und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

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

unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte nur schriftlich erteilen und der von mir beauftragte Rechtsanwalt

UDO PRÜFER - RECHTSANWALT UND NOTAR  
Lankwitzer Straße 1, D-12209 Berlin  
Telefon: 030 - 768 90 1 - 0  
kanzlei@ra-pruefer.de

unaufgefordert und sofort eine kostenlose Abschrift dieser Auskunft übersandt erhält.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_