

Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich anlässlich des Vorfalls vom \_\_\_\_\_ behandelt haben oder noch behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass der Anwaltssozietät Bierschenk · Hagemann & Kollegen, Eper Str. 16-18, 48599 Gronau, alle angeforderten Auskünfte über meine Unfallverletzungen und die Art und Dauer der diesbezüglichen Behandlung erteilt und ihnen von sämtlichen Krankenunterlagen Kopien in körperlicher oder digitaler Form zur Verfügung gestellt werden.

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

\_\_\_\_\_