

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, die mich im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vom \_\_\_\_\_ behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung erstreckt sich auf alle ärztlichen Atteste, Gutachten, Auskünfte und Stellungnahmen und gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Mandant/in)