

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

Betr.: Unfall/Vorfall vom \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Herrn/Frau Dr. med. \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht . Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall/Vorfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können.

Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte

Sozietät Beier & Beier  
Freddy & Heino Beier  
Rechtsanwälte  
Oslebshauer Heerstr. 20  
28239 Bremen  
Tel.: 0421 - 3802910  
Fax: 0421 - 3802911

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift