

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Mitarbeiter von Krankenanstalten einschließlich Hilfskräfte, die mich aus Anlass des am  erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Fotokopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten,

**Dr. Cichon & Partner**  
**Rechtsanwälte**  
Johann-von-Werth-Str. 1  
80639 München  
Telefon: (089) 13 99 46 – 0  
Telefax: (089) 16 59 51

zusenden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsunterlagen wie z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, sonstige Bildbefunde, Gutachten etc. von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin, an die oben genannten Rechtsanwälte herausgegeben werden.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ort / Datum

Unterschrift