



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

Vorliegend entbinde ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die mich anlässlich des unten genannten Schadensereignisses untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber

**Kanzlei WBB, Rechtsanwälte Wiederhold, Büttner, Obrock, Kaiserstr. 155, 47800 Krefeld**  
sowie allen an der Abwicklung beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Diese Erklärung bezieht sich lediglich auf Angaben betreffend

Schadensereignis/Anlass: \_\_\_\_\_

ggf. Schadensdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Schadensort: \_\_\_\_\_

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meinen Rechtsanwälten alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit obigem Schadensereignis stehen und Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift