

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorliegend entbinde ich,

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

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

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

folgende Ärzte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

, die mich anlässlich der streitgegenständlichen Beschwerden/Verletzungen untersucht, beraten oder behandelt hat/haben, von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber der

**Rechtsanwaltskanzlei Dr. Stenzel & Kollegen,**

sowie den beteiligten Versicherungen und Gerichten.

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift