

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

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

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

\_\_\_\_\_

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

alle mich aufgrund des Unfalls / der Arzthaftungssache vom \_\_\_\_\_  
behandelnden Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete  
von Krankenanstalten, von ihrer Schweigepflicht gegenüber den in diesem Verfahren  
beteiligten Prozessbevollmächtigten, den Rechtsanwälten der Kanzlei

**Unützer / Wagner / Werding, Sophienstraße 7, 35576 Wetzlar,**

den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Behörden, Gerichten, Strafverfolgungs-  
behörden und Sachverständigen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die  
im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen / ärztlichen Behandlungen stehen,  
und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der o.g. Kanzlei Abschriften zur  
Verfügung gestellt werden.

Die Entbindungserklärung erstreckt sich bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens.

Wetzlar, den .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift