

## **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich,

.....,  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum)

alle Ärzte, die mich in Zusammenhang mit

..... vom .....  
(Ereignis/Datum)

behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten

- Rechtsanwälten,
- Versicherungsgesellschaften,
- Strafverfolgungsbehörden und Gerichten

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung,  
dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten

Rechtsanwalt Dario Arconada Valbuena, Heinrichstr. 5, 30175 Hannover,  
jeweils in Kopie übersandt werden.

....., den .....  
(Ort) (Datum)

.....  
(Geschädigte/r)