

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit folgende Ärzte, die mich aus Anlass des am .....in  
.....erlittenen Unfalls/Vorfalles behandelt haben bzw. behandeln  
werden, von der ärztlichen Schweigepflicht,

Namen und Anschrift der Ärzte/Kliniken:

---

---

---

---

---

---

und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen,
- den beteiligten weiteren Ärzten/Gutachtern und Kliniken.

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Verfolgung meiner rechtlichen Ansprüche im Hinblick auf das oben näher beschriebene Ereignis.

Zugleich bitte ich, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie an die von mir beauftragten

**Klünder Nann Machanek Rechtsanwälte  
Königstraße 36  
70173 Stuttgart**

zu übersenden.

Mir steht das Recht zu, diese Erklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

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

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

.....  
Datum

.....  
Unterschrift