

## Ärztliche Schweigepflichtsentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des Unfallereignisses vom ..... behandelt haben, bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und

davon jeweils eine Kopie den von mir beauftragten Rechtsanwalt, nämlich

**Rechtsanwalt**  
**Sami Saleh**  
**Julius-Reiber-Str. 22**  
**64293 Darmstadt**

zusenden bzw. überlassen.

Familiennamen: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
- Ort, Datum -

\_\_\_\_\_  
- Unterschrift -