

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

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

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungssachen
- c) den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt / Rechtsanwältin, nämlich

**Rechtsanwalt M. Chaudhry, Zeil 81, 60313 Frankfurt  
Tel.: 069 / 219 98 974; Fax: 069 / 219 98 852**

zusenden.

Vor- und Familienname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

**Behandelnde Ärzte / Kliniken**

Name der Klinik / des Arztes

Anschrift

1. ....

2. ....

3. ....