

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Betrifft: Unfall/Vorfall vom: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des / der Mandanten/in)

meinen behandelnden Arzt/meine behandelnde Ärztin,

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des / der behandelnden Arztes / Ärztin)

hinsichtlich der auf das obengenannte Ereignis folgenden Behandlung von deren/dessen ärztlicher Schweigepflicht.

Ich bitte, meinen Rechtsanwälten, Herrn Karsten Lingnau und Frau Sandra Lingnau, Neue Grünstr. 17, 10179 Berlin,

sowie der Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift