

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, sämtliche Ärzte in der Angelegenheit

wegen \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- den beteiligten Rechtsanwälten
- den beteiligten Gerichten und Behörden
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gutachtern oder Gutachterkommissionen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte (erlittene Verletzungen, etwaige Befunde, etc.) an oben benannte Beteiligte erteilt werden können, unter der Voraussetzung, dass die Ärzte die Auskünfte und Stellungnahmen **schriftlich** erteilen und jeweils zusätzlich eine Kopie an die von mir beauftragte Anwaltskanzlei

**DR. EDER & COLL. Rechtsanwälte**

**Salzstr. 66**

**83395 Freilassing**

**Tel.: 08654 / 3096341**

**Fax: 08654 / 3096342**

**E-Mail: mail@dr-eder.eu**

übersenden.

Der von mir beauftragten Anwaltskanzlei dürfen Auskünfte zusätzlich auch mündlich erteilt werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift