

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

.....

**(Vollständiger Name und Anschrift Mandant)**

die nachfolgenden Ärzte, die mich aufgrund des Ereignisses vom

aus Anlass der Folgen behandelt haben und behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungen
- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie an den von mir beauftragten

**Rechtsanwalt Daniel Elsner**

Grabenstraße 28  
58095 Hagen  
Tel.: 02331 / 37 67-510  
Fax: 02331 / 37 67-520

zusenden.

**Die behandelnden Ärzte lauten:**

- 1.) .....
- 2.) .....
- 3.) .....
- 4.) .....
- 5.) .....
- 6.) .....

**(Vollständiger Name und Anschrift aller behandelnden Ärzte)**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)