



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle mich anlässlich des Unfalls vom \_\_\_\_\_  
behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden,  
die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen und dass von allen  
Berichten, Auskünften und Gutachten

**Herrn Rechtsanwalt Peter Steinlehner**  
**Kanalstr. 6**  
**80538 München**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift