

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name

wohnhaft in: \_\_\_\_\_  
Anschrift

alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Schadensereignis vom \_\_\_\_\_  
behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten,  
Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten von ihrer ärztlichen  
Schweigepflicht.

Kopien der erteilten Auskünfte sollen, soweit sie diesem nicht bereits im Original zur Verfügung  
gestellt werden/wurden, meinem

Rechtsanwalt  
Michael Heilmann  
Posthofstraße 5  
14467 Potsdam  
Tel. 0331/291710  
Fax.: 0331/280 43 41  
[ra.heilmann@t-online.de](mailto:ra.heilmann@t-online.de)  
[www.rechtsanwalt-michael-heilmann.de](http://www.rechtsanwalt-michael-heilmann.de)

zum Aktenzeichen \_\_\_\_\_ übersendet werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)