

## Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_ (Name), geb. am \_\_\_\_\_  
wohnhaft \_\_\_\_\_

den/das mich wegen des Unfalls/Vorfalles vom \_\_\_\_\_ behandelnden/-e  
Arzt/Krankenhaus

Name des Arztes/des Krankenhauses:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

gegenüber den

**Rechtsanwälten Storjohann, Holzkoppelweg 11, 24118 Kiel**

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Im Falle der Behandlung durch ein Krankenhaus umfasst diese Entbindungserklärung alle an der Behandlung beteiligten Ärzte, auch wenn diese in den obigen Angaben nicht namentlich aufgeführt sind.

Ich bin damit einverstanden, dass:

- Die mich betreffenden Krankenpapiere (u.a. Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten),
- Behördliche Akten oder Versicherungsunterlagen, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen über meinen Gesundheitszustand befinden und
- Behandlungs- und Befundberichte von mich behandelnden Ärzten und Krankenhäusern an die **Rechtsanwälte Storjohann, Holzkoppelweg 11, 24118 Kiel**, herausgegeben und zur Verwertung herangezogen werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Erklärenden)