

**Entbindungserklärung von der  
ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit werden alle Ärzte, die mich aus Anlaß des am\*

erlittenen Unfalles behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen  
Schweigepflicht gegenüber den beteiligten

Versicherungsgesellschaften  
Gerichten und Strafverfolgungsbehörden  
meinem Rechtsanwalt

unter der Bedingung entbunden, daß die/der von mir beauftragte\*

Herr Rechtsanwalt Große  
Frau Rechtsanwältin Höpfner  
Herr Rechtsanwalt Pollmann

Gohliser Straße 11, 04105 Leipzig,

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Atteste und Auskünfte erhält.

Name\*  
Vorname\*  
geb.am\*  
Anschrift\*

\_\_\_\_\_  
Ort u. Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
\* Bitte ausfüllen. Unzutreffendes streichen.