

## Erklärung über die

# Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr. Unfall / Vorfall  
vom:

---

in:

---

Frau / Herrn Dr. med.

---

in:

---

---

entbinde ich hiermit von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallverletzungen in Zusammenhang stehen.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass meinem Bevollmächtigten

Rechtsanwalt  
**ANDREAS GAUSMANN**

Kollegienwall 21, 49074 Osnabrück,  
Tel.: 05 41 / 2 71 62, Fax: 05 41 / 2 73 86, E-Mail: [kanzlei@ra-gausmann.com](mailto:kanzlei@ra-gausmann.com)

von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

Name:

---

Ort:

---

Vorname:

---

Datum:

---

Anschrift:

---

Geburtsdatum:

---

---

Unterschrift