

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

**Aktenzeichen** der von mir bevollmächtigten Kanzlei  
Fernschild + Pickel Rechtsanwälte  
Rosenhof 5  
99974 Mühlhausen

---

(Bitte stets angeben)

### Daten zur Person:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die oben näher bezeichnete Anwaltskanzlei wegen des Unfalls / der Operation / der Behandlung vom \_\_\_\_\_

1. die mich betreffenden Krankenpapiere (z. B. Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, etc.),
2. Akten von Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich befinden können,
3. Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin,

zur Einsichtnahme, Begutachtung und Verwertung heranzieht.

Zugleich entbinde ich alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger aller Art und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit, soweit es zur Aufklärung des Sachverhaltes erforderlich ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift