

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Vorfall / Unfall vom \_\_\_\_\_  
behandelt haben bzw. behandeln werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber

- Herrn Rechtsanwalt Dimitrios Arabatzis, Kaiserstr. 10, 63065 Offenbach
- den zuständigen Gerichten
- allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsanstalten
- den zuständigen Strafverfolgungsbehörden.

---

Ort, Datum

Unterschrift