



## Schweigepflichtsentbindungserklärung

### Daten zur Person:

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße und Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die

Rechtsanwaltskanzlei  
Saueressig & Wölfelschneider  
RA Stefan Saueressig-Fröhling  
Güterbahnhofstr. 11  
69151 Neckargemünd

und die \_\_\_\_\_ Versicherung

wegen des Unfalles / Vorfalles vom \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

1. die mich betreffenden Krankenunterlagen (z. B. Krankenblätter, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Gutachten etc.)
2. Akten von Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich befinden könnten,
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