



# HILSMANN & GRENZ

Rechtsanwälte

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich

---

---

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Anschrift)

- a) Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärztin sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

---

---

(Vor- und Nachname, Bezeichnung, Anschrift)

- b) Zugleich entbinde ich alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger aller Art und Behörden von der Pflicht der Verschwiegenheit, die mich im Zusammenhang des Verkehrsunfallereignisses vom \_\_\_\_\_ behandelt haben.

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskunft nur den von mir beauftragten **Rechtsanwälten Hilsmann und Grenz, Kortumstr. 47, 44787 Bochum** erteilt wird.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegeben Erklärung ist (bitte ankreuzen):

- Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
- Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- Die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

Der/die vorgenannte Arzt/Ärztin sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialversicherungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammen stehen oder stehen können.

44787 Bochum, \_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)