

# Erklärung

SchadenNr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Unfall / Ereignis vom: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name geb. am))

\_\_\_\_\_  
(Strasse, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort)

die mich behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht – auch über meinen Tod hinaus – und bin damit einverstanden, dass dies behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen sowie meinen anwaltlichen Bevollmächtigten Gutachten und Auskünfte erteilen.

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum) (Unterschrift)

Erste ärztliche Untersuchung durch:

\_\_\_\_\_  
(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

Weitere ärztliche Behandlung durch:

\_\_\_\_\_  
(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

\_\_\_\_\_  
(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

\_\_\_\_\_  
(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

\_\_\_\_\_  
(Name des Arztes / Krankenhaus Strasse, Hausnummer PLZ / Ort))

Weitere Ärzte bzw. Krankenanstalten bitte auf der Rückseite vermerken