



# Anwaltskanzlei Brause

Herrenseeallee 15  
15344 Strausberg  
Tel 03341/3042-60  
Fax 03341/3042-618  
Mail: info@ra-brause.de

## ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, .....

.....

geboren am .....

dass ich freiwillig alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an meiner Heilbehandlung i.V.m.

dem Verkehrsunfall / der Körperverletzung am .....

beteiligt waren bzw. mich noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbinde und zwar auch über meinen Tod hinaus gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherern, der Staatsanwaltschaft, der

**Anwaltskanzlei Brause**  
**Herrenseeallee 15, 15344 Strausberg**

und im Streitfall den zuständigen Gerichten.

Die Entbindung bezieht sich auf alle Auskünfte, die für die Feststellung des erhobenen Schadenersatzanspruches erforderlich sind - gegebenenfalls auch auf Vorerkrankungen, sofern und soweit diese für die Beurteilung der Verletzungsfolgen von Bedeutung sein können.

*Von den nur schriftlich zu erteilenden Auskünften soll jeweils eine Kopie den benannten Anwälten zugesandt werden.*

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: .....

Anschrift: .....

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: .....

Anschrift: .....

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: .....

Anschrift: .....