

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Betreffend Ereignis/Vorfall vom: -----

Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte bzw. Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen.

Ort, Datum

Unterschrift