
(Vorname, Name)

(Straße, Haus-Nr.)

(PLZ, Ort)

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Ereignis 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)