

## Erklärung

über die

# Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr. Unfall / Vorfall  
vom:

\_\_\_\_\_

in:

\_\_\_\_\_

Frau / Herrn Dr. med.

\_\_\_\_\_

in:

\_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallverletzungen in Zusammenhang stehen.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, daß meinem / meinen Bevollmächtigten von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

....., den .....

.....

Unterschrift