
(Vorname, Name)

(Straße, Haus-Nr.)

(PLZ, Ort)

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Ereignis/Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie die Bediensteten von Krankenanstalten von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht:

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte/Klinik)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)