

**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