

Erklärung

über die

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft Unfall / Vorfall
vom

in

Hiermit entbinde ich Frau / Herrn / Dr. med.

Anschrift:

von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es um den o. g. Unfall bzw. Vorfall geht.
Ich bin damit einverstanden, dass

(Bezeichnung, wer informationsberechtigt ist, Gerichte, Versicherer pp.)

alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallfolgen
zusammenhängen.

Patient

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

(Strasse)

(PLZ, Wohnort)

....., den

(Unterschrift des Patienten)