

Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname(n):

Straße:

Ort:

Geburtsdatum:

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem Unfall / Vorfall _____ vom _____ stehen.

Ort, Datum

Unterschrift