

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich die folgenden Ärzte

1. _____

2. _____

3. _____

von ihrer beruflichen Schweigepflicht hinsichtlich der Behandlungen, die sie mir anlässlich des Unfalles vom angediehen ließen und erkläre mich damit einverstanden, dass diese die von im Rahmen ihrer/seiner Aufgaben benötigten Auskünfte erteilen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. des Betreuers)