

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname:

geb. am:

Anschrift:

Hiermit entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiter der

von ihrer Schweigepflicht anlässlich meiner Behandlung des Vorfalles vom

Die Erklärung gilt auch für folgende vor- und nachbehandelnden Ärzte, deren Auskunft für die Beurteilung des Vorgangs von der Bedeutung sein könnte.

Die Entbindung gilt gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Rechtsanwälten und Gerichten sowie allen mit der Bearbeitung des Falles beauftragten Personen.

Ort, Datum

Unterschrift