

## Erklärung

über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Vorfall/Unfall vom .....

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten

.....  
.....

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum : .....

Anschrift : .....

....., den .....

.....  
Unterschrift