

ERKLÄRUNG über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall/Ereignis vom, um Uhr,
in

behandelnde/r Arzt/Ärztin

.....
.....
.....
.....

(je Name und Anschrift der behandelnden Ärzte und / oder des Krankenhauses)

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass aller erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallverletzungen im Zusammenhang stehen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass meinen Bevollmächtigten, Rechtsanwälte Gies & Jonas, Berliner Straße 61, 16321 Bernau, von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

Name: _____
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift