

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

meinem behandelnden Arzt/meine behandelnde Ärzte:

1. Name:

Vorname:

Anschrift:

2. Name:

Vorname:

Anschrift:

bei stationäre Behandlung:

Krankenhaus:

Anschrift:

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten und den an der Regulierung beteiligten Haftpflichtversicherungen aufgrund des Unfalls/Ereignisses vom _____.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift