Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreffend den Unfall/
das Ereignis vom _____

in _____

Herrn/Frau Dr. med. _____,

sowie Herrn/Frau Dr. med. _____,

entbinde ich,

_____, _____
Vorname, Name Geburtsdatum

_____
Anschrift

hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall/das vorgenannte Ereignis erlittenen Verletzungen in Zusammenhang stehen, an beteiligte Versicherungsgesellschaften, Behörden oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können. Ich willige in die Herausgabe von Krankenakten ein.

Diese Entbindungserklärung gilt neben den vorbezeichneten Ärzten für alle mich wegen des oben bezeichneten Unfalles/Ereignisses behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Angehörige von Heilberufen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift