

Erklärung
über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, insbesondere

Herrn/ Frau Dr.med. _____
von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich

des Unfall vom _____

der Behandlung vom _____

gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der von mir bevollmächtigte Rechtsanwalt

alle Auskünfte, Berichte und Gutachten Abschriften und Kopien bezüglich der erlittenen Unfallverletzungen und Behandlungen, und zwar einschließlich der Vorerkrankungen, zur Verfügung gestellt werden. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

_____, den _____

Unterschrift