

## Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_

(Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

alle Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht im Zusammenhang mit den Behandlungen, die anlässlich des Unfalls / Vorfalls vom \_\_\_\_\_ durchgeführt worden sind, gegenüber der \_\_\_\_\_ Versicherung.

\_\_\_\_\_

(Ort)

\_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)