

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name:

Vorname:

geb. am:

Anschrift:

Hiermit entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiter des/der

.....

.....

von ihrer Schweigepflicht anlässlich meiner Behandlungen vom

Die Erklärung gilt auch für folgende vor- und nachbehandelnde Ärzte, deren Auskunft für die Beurteilung des Vorgangs von Bedeutung sein könnte:

.....

.....

.....

.....

Die Entbindung gilt gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Rechtsanwälten und Gerichten sowie allen mit der Bearbeitung des Falles beauftragten Personen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift