

**Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde hiermit

Herrn/Frau Dr. \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen aus dem Unfall vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ stehen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)