



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich, _____
(Vorname und Name)

wohnhaft: _____ erkläre
(vollständige Anschrift)

mich hiermit einverstanden, dass alle behandelnden Ärzte und Krankenhausärzte vollumfänglich Auskunft geben über den Krankheitsverlauf und die Folgen aus Anlass der Behandlung aufgrund _____
(Unfall / Anlass der Behandlung)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass gegenüber beteiligten Gerichten, Versicherungsgesellschaften und Rechtsanwälten alle erforderlichen Auskünfte schriftlich oder mündlich erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem oben angegebenen Schadensereignis stehen und befreie die mich behandelnden Ärzte insoweit ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Datum / Ort

Unterschrift