

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

meinen behandelnden Arzt/ meine behandelnde Ärztin,

1. Name:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

2. Name:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

bei stationärer Behandlung

Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten und den an der Regulierung beteiligten Haftpflichtversicherungen aufgrund des Unfalles vom

....., den

.....

Unterschrift