

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name, Anschrift

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich wegen

der Folgen meines Unfalles vom

Datum des Unfalles

bzw.

meiner Erkrankung

Bezeichnung der Erkrankung

behandelt haben, von deren Schweigepflicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)