

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

.....
(Name)

.....
(Adresse)

.....
(Geburtsdatum)

Frau/Herrn Dr. med.

.....
(Name des Arztes)

.....
(Straße)

.....
(Ort)

von ihrer/seiner Schweigepflicht, soweit es sich um Fragen handelt, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom stehen.

....., den.....
(Ort) (Datum)

.....
Unterschrift