

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich,

.....

entbinde hiermit

den mich behandelnden Arzt bzw. die mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonal und die diese vertretenden Haftpflichtversicherungen sowie die eintretende Krankenversicherung in der Zeit von von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtigen diese, bei Vorlage dieser Erklärung jede gewünschte Auskunft über Art und Umfang der Verletzungen sowie Heilverlauf und evtl. zurückgebliebene Folgen und über den Verlauf der Behandlung zu erteilen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

.....

Ort und Datum

.....

Unterschrift