

Ärztliche Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich , Frau / Herr

.....
Vorname , Nachname

.....
Straße , Hausnummer

.....
Postleitzahl , Wohnort

geboren am:.....

hatte am:.....

einen Unfall/Autounfall und wurde hierbei verletzt.

eine Auseinandersetzung und wurde hierbei verletzt.

(zutreffendes bitte ankreuzen (X))

Ich entbinde hiermit den mich behandelnden Arzt bzw. die mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige den mich behandelnden Arzt , bei Vorlage dieser Erklärung , Auskunft über meine Verletzungen zu geben.

Behandelnde Arzt:.....
Name , Anschrift des Arztes/ Praxis

Krankenhaus:.....
Name , Anschrift des Krankenhauses

Hausarzt:.....
Name , Anschrift

Landstuhl , den

.....
Unterschrift
(bei Minderjährigen
durch einen der Eltern)