

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und sonstigen Medizinalpersonen, die mich aus Anlass der Behandlung aufgrund

.....
(Unfall / Anlass der Behandlung)

persönlich ärztlich behandelt oder untersucht haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften und -diensten
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
- d) den gerichtlich bestellten Sachverständigen,

sofern ich nicht der Weiter- oder Freigabe meiner Sozialdaten im Einzelfall bereits widersprochen habe.

Mit der Hinzuziehung der entsprechenden Patientenunterlagen durch das Gericht bin ich einverstanden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

.....
(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift)