

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

geb. am: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung anlässlich des am _____ erlittenen Unfalls beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ort/Datum: _____

Unterschrift