

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Straße, Hausnummer:**

**Postleitzahl, Wohnort:**

meinen behandelnden Arzt/ meine behandelnde Ärztin,

**1. Name:**

**Straße, Hausnummer:**

**Postleitzahl, Ort:**

**2. Name:**

**Straße, Hausnummer:**

**Postleitzahl, Ort:**

bei stationärer Behandlung

**Krankenhaus:**

**Straße, Hausnummer:**

**Postleitzahl, Ort:**

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten und den an der Regulierung beteiligten Haftpflichtversicherungen aufgrund des Unfalles vom

....., den .....

.....

Unterschrift