



## ERKLÄRUNG

### über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom

Herrn/Frau Dr. med./Dipl. med.

in

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallverletzungen in Zusammenhang stehen.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass meinen Bevollmächtigten von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Magdeburg,  Unterschrift: \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen, Unterschrift der  
Erziehungsberechtigten)