



## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_,  
(Nachname, Vorname)

geboren am \_\_\_\_\_,  
(Datum TT.MM.JJJJ)

den mich behandelnden Arzt/die mich behandelnden Ärzte

1. \_\_\_\_\_  
(Nachname, optional akademischer Grad, Vorname sowie Fachrichtung)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

2. \_\_\_\_\_  
(Nachname, optional akademischer Grad, Vorname sowie Fachrichtung)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

3. \_\_\_\_\_  
(Nachname, optional akademischer Grad, Vorname sowie Fachrichtung)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

betreffend des Schadenfalls/Unfallereignisses

\_\_\_\_\_  
(Ereignis)

vom \_\_\_\_\_ von der ärztlichen Schweigepflicht.  
(Datum TT.MM.JJJJ)

Der genannte Arzt ist/die genannten Ärzte sind befugt, bezogen auf den vorgenannten Schadenfall/auf das vorgenannte Unfallereignis Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand gegenüber folgender Person/Versicherung/Institution zu erteilen:

\_\_\_\_\_  
(Nachname, Vorname oder Bezeichnung der juristischen Person)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

Die Entbindung von der Schweigepflicht wird widerruflich erteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift