

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Diagnose und Behandlung

Ich entbinde hiermit

von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige diese, sowohl meinen Rechtsanwälten als auch Versicherungen Auskunft zu erteilen.

_____, den

(Unterschrift)