

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Name, Vorname: _____

ggf. Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ereignis:

Zur Überprüfung von Angaben, die ich zur Begründung meines Schadensersatzanspruches bzw. meines Anspruchs gemacht habe, wird die Einholung von Arztberichten notwendig sein. Zu diesem Zwecke befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden, die an meiner Heilbehandlung beteiligt sind/ waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)