

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Ort, Straße

entbinde hiermit den/die nachfolgenden benannten Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer
Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung
beteiligt waren

Name der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes Ort

von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen
Auskünfte der Anwaltskanzlei Urban, Biesinger, Merkt-Bucheles, Nägele, Hafenbad 35, 89073
Ulm erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen bzw. der
Heilbehandlung stehen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)