

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich (Name, Wohnort)

meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt Dr. Hoffmann, den beteiligten Versicherungen und Gerichten bezüglich des Unfalls vom _____

Behandlungen erfolgten bei folgenden Ärzten:

Bitte geben Sie die vollständigen Namen und Adressen aller ambulant behandelnden Ärzte sowie der Krankenhäuser an, bei letzteren möglichst auch die Namen der Ärzte an, die Sie im Krankenhaus behandelten.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Datum

Unterschrift

Weitere Angaben zum Unfall (bitte ausfüllen soweit möglich):

Krank geschrieben von/bis

Arbeits(weg)unfall

Dauer der stationären Behandlung von/bis

Vollständig genesen nein / ja, seit

Verletzungen aufgrund des Unfalls:

Welche Beschwerden dauern noch an?

Ihr ausgeübter Beruf: