

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

.....

.....

...

(vollständiger Name des Geschädigten, Geburtsdatum, Anschrift)

.....

...

.....

...

(Name und Kontaktdaten des Arztes/Krankenhauses)

anlässlich meiner Behandlung vom bissowie alle Mitarbeiter
der vorgenannten Institution von der ihnen obliegenden Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift