

Erklärung über die Entbindung
von der ärztlichen Schweigepflicht

Name _____

Adresse _____

geb. am _____

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____
erlittenen Unfalles behandelt haben bzw. behandeln werden, von ihrer
ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese schriftliche Auskunft über
meine Behandlung an HORN + Kollegen Rechtsanwälte, Kißlingweg 69, 75417
Mühlacker, erteilen dürfen.

(Datum)

(Unterschrift)