

**E r k l ä r u n g**  
über die Entbindung von  
der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

Frau/Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen.

Bremen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift