

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich, _____, geb. am _____, entbinde hiermit
(Vorname und Name) (Geburtsdatum)

alle Ärzte, insbesondere des Krankenhauses:
(nur ausfüllen wenn eine Behandlung im Krankenhaus erfolgte)

Herrn/Frau Dr. med.
(Name und Anschrift des Arztes)

im Zusammenhang mit meinem Unfall vom _____ von seiner gesetzlichen Schweigepflicht
(Unfalldatum)

Der Versicherer hat mir mitgeteilt, dass er zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Schadensersatzanspruchs die Überprüfung von Angaben für erforderlich hält, die ich zur Begründung meines Anspruchs gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, gegenüber der

_____ Versicherung
(Namen einsetzen, wenn bekannt, sonst offen lassen)

von ihrer Schweigepflicht, und zwar im Bedarfsfall auch über meinen Tod hinaus.

Hamburg, den _____
(Datum) (Unterschrift)