



SCHWEIGEPFLICHTENENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Der Unterzeichner Herr / Frau

Name

Vorname

Straße

Wohnort

Geburtsdatum

Datum des Verkehrsunfalles

entbindet hiermit Herrn / Frau Dr. med

Name und Anschrift des Arztes

von seiner / ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und ist damit einverstanden, dass über alle Fragen die im Zusammenhang mit dem oben genannten Unfall und den dabei erlittenen Verletzungen stehen, die erforderlichen Auskünfte an dritte Personen erteilt werden.

Mühdorf,

den

Unterschrift des Verletzten