

Patientenangaben

Vorname, Name und Adresse:

MV-Nummer:

Geb. Datum:

**Einverständniserklärung**

Der/Die Unterzeichnende ist einverstanden damit, dass der SVK im Auftrag der Militärversicherung das Gesuch überprüft und bearbeitet. Er/Sie entbindet hiermit die entsprechenden Leistungserbringer (Aerzte, Spitäler etc.) von der Schweigepflicht gemäss Art. 33 ATSG.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte/r: \_\_\_\_\_

*Diese Einverständniserklärung ist zusammen mit dem Gesuch dem SVK, Muttenstrasse 3, 4502 Solothurn, einzusenden.*