

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

entbinde ich, \_\_\_\_\_,

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei Drescher und Nötzig, Obere Bahnhofstraße 7, 91186 Büchenbach auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden.

Der/die vorgenannte/n Angehörige/n der Heilberufe sowie Bedienstete/n von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)