

# Erklärung

## über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

*Betreff:*

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, - und zwar einschließlich Vorerkrankungen -. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind

RA \_\_\_\_\_,  
Bahnhofstraße 5,  
94315 Straubing,

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift