

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(voller Name, Geburtsdatum, Anschrift)

in Sachen:

\_\_\_\_\_

(Angabe des Anlasses zur Entbindung von der Schweigepflicht)

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte und/oder andere Heilbedienstete sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(genaue Bezeichnung des Arztes, Anschrift)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verschwiegenheitspflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Kanzlei

Blume Rechtsanwälte  
Storkower Str. 115  
10407 Berlin  
Tel: 030 / 71 53 29 65  
Fax: 030 / 71 53 29 66

Blume Rechtsanwälte  
Mirastraße 50/52  
13509 Berlin  
Tel: 030 / 43 72 61 22  
Fax: 030 / 43 72 61 23

auf dessen Anforderung (in Kopie) zugesandt werden. Etwaige hierfür anfallende Kosten/Gebühren sind mir persönlich in Rechnung zu stellen und werden direkt von mir beglichen.

Der/die vorgenannten Arzt/Ärzte, Angehörige(n) von Heilberufen sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt der oben genannten Kanzlei über sämtliche Umstände – einschl. Vorerkrankungen – Auskunft zu erteilen.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift, evtl. gesetzl. Vertreter)