

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

---

---

---

---

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

---

---

---

( Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

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/ Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen können. Dieser Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)