

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

-----  
-----  
-----  
-----

entbinde ich,

Herr/Frau

wohnhaft in

geboren am

-----  
-----  
-----  
-----

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht und zwar auch über meinen Tod hinaus, unter der Bedingung dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten

Anwaltskanzlei Andras Baumann  
Schwarzenberger Straße 13  
08280 Aue

auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) 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/Rechtanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände –einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

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

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