

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich, ....., wohnhaft in ....., geb. am ....., die nachfolgend genannten Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden:

.....  
.....  
.....  
.....

insoweit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, dass sie meiner **Rechtsanwältin, Frau Themis Kalaitzi, 65203 Biebrich**, umfassend Auskunft betreffend meinen Gesundheitszustand erteilen dürfen bzw. mich betreffende Krankenpapiere, Behandlungs- und Befundberichte sowie Behördenakten herausgeben dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass diese Informationen und Unterlagen zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist .....

.....  
.....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)