

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich Herr/Frau

Vorname:

Nachname:

---

wohnhaft:

Straße, Hausnummer:

---

PLZ Ort:

---

geboren am:

---

entbinde hiermit meine Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, sowie Bediensteten von Krankenkassen, Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträgern von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und Röntgenaufnahmen, Gutachten, sonstige Aufzeichnungen,

sowie

Behandlungs- und Befundbericht, von anderen Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten

an die Rechtsanwältin

Rechtsanwältin Monika Kiyar  
Kleine Jägerstraße 11  
10117 Berlin

herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden können.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift