

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff:.....

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Anschrift:

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und die Angehörigen anderer Heilberufe, sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Rechtsanwältin Frau Mana Amiri, sowie den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen – einschließlich der Vorerkrankungen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind meiner Rechtsanwältin,

**Frau Mana Amiri  
Skyper Villa  
Taunusanlage 1  
60329 Frankfurt am Main  
Tel.: 069- 17 32 68 32 0  
Fax: 069- 17 32 68 32 9**

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

.....Ort, Datum

.....Unterschrift