

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ ihrer gesetzlichen und vertraglich Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Anwaltskanzlei Solander auf deren Aufforderung in Kopie (gegen Auslagerstattung) zugesandt werden.

Anlass für Notwendigkeit dieser freiwillig abgegeben Erklärung ist:

\_\_\_\_\_

Der/ die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/ sind befugt, allen als Beteiligter in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, - einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

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

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

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ ihrer gesetzlichen und vertraglich Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Anwaltskanzlei Solander auf deren Aufforderung in Kopie (gegen Auslagerstattung) zugesandt werden.

Anlass für Notwendigkeit dieser freiwillig abgegeben Erklärung ist:

\_\_\_\_\_

Der/ die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/ sind befugt, allen als Beteiligter in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, - einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

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

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