

## **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich,

---

---

---

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, an

Rechtsanwalt  
Klaus Siering  
Herbrüggenhof 59  
45359 Essen

herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Datum, Unterschrift