

**Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe**

1. Die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

entbinde ich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten, Sozialleistungsträgern und Versicherungsgesellschaften bezüglich folgender Angelegenheit:

Vorfall vom: \_\_\_\_\_

Wegen: \_\_\_\_\_

2. Die Erklärung steht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwälten:

RECHTSANWÄLTE  
FROHNE & FROHNE  
Niederwall 18  
33602 Bielefeld  
TEL 0521 . 63327 - FAX 0521 . 63328  
www.frohnefrohne.de - info@frohnefrohne.de

auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

3. Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten, soweit dies durch die vorgenannten Rechtsanwälte gefordert wird.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift