

**Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht des Heilberufes**

Den nachfolgend benannten Arzt oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von  
Krankenanstalten und Behörden,

Klinik, Krankenhaus: .....  
Behandelnder Arzt: .....  
Anschrift: .....

entbinde ich

Vor- und Nachname: ..... geb. am .....  
Anschrift: .....

hiermit von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, unter der Bedingung, dass die  
Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten

**Anwaltskanzlei Mierau  
Mönckebergstraße 27  
20095 Hamburg  
0 40 / 30 96 60 0**

auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

.....

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und  
Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften,  
Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern  
über alle Umstände - 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