

Ich,

Herr / Frau	
Privatanschrift	
geb. am	

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, Gutachter, die mich in den letzten zehn Jahren untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten,

sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten,

sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin

an die Rechtsanwälte

**SCHEIDUNG TOENGES &  
PARTNER**

Untermauerstr. 22  
58332 Schwelm

herausgegeben werden und diese zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden.

Die Ermächtigung endet nach zehn Jahren. Die Schweigepflichtsentbindungserklärung bezieht sich auf die Angehörigen von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern.

Ort, Datum
------------

Unterschrift des Ausstellers
------------------------------