

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für Heilberufe

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte)

entbinde ich

.....  
.....

(genauer Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/Ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber

.....  
.....

aus Anlass meines Unfalls vom .....

Ich bitte alle Arztberichte der von mir beauftragten Rechtsanwaltspartnerschaft mbB

**Behrmann Roensch, Franz-Ludwig-Straße 14, 96047 Bamberg**

auf deren Anforderung in Kopie zuzusenden.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter)