

## **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe einschließlich der Bediensteten von Krankenanstalten und des nichtärztlichen Hilfspersonals, die mich im Zusammenhang mit

---

in der Vergangenheit behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, gegenüber der

**Rechtsanwälte Vohmann & Kollegen  
Partnerschaftsgesellschaft mbB, Wuppertal,**

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Darüber hinaus gestatte ich den Ärzten, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten, die mich behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, Auskunft gegenüber Gerichten und Behörden zu erteilen.

Ich ermächtige Versicherungsträger, Behörden und sonstige Institutionen, die aus Anlass meiner Heilbehandlung tätig wurden und zukünftig tätig werden, der Rechtsanwaltskanzlei Vohmann & Kollegen sämtliche angeforderten Auskünfte zu erteilen.

Der Rechtsanwaltskanzlei Vohmann & Kollegen gestatte ich, die ihr erteilten Auskünfte und überreichten Unterlagen an Dritte, insbesondere an Versicherungen, Gerichte und Behörden weiterzureichen.

Die Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt über meinen Tod hinaus. Sie kann jedoch von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

(Datum, Unterschrift)