



Rechtsanwälte & Fachanwälte  
Siemann, Dierksen und Reimers

## Ärztliche Schweigepflichtentbindungserklärung

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

Behandlungsanlass: .....

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Bedienstete von Krankenhäusern, Psychologen und Psychotherapeuten, die mich aus oben bezeichnetem Anlass behandelt haben oder mich noch behandeln werden, von ihrer Pflicht zur ärztlichen Verschwiegenheit.

Ich ermächtige sie,

- der Kanzlei Siemann, Dierksen und Reimers
- den Gerichten,
- der Staatsanwaltschaft
- der Polizei
- der Krankenkasse .....
- der Versicherung .....
- Sonstigen: .....

alle von dort erbetenen Informationen zu erteilen unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen.

Weiterhin bitte ich, davon jeweils eine Kopie der von mir beauftragen  
Anwaltskanzlei zu senden.

....., den .....

---

(Unterschrift)