

## ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Die mich behandelnden und behandelten Ärzte, sowie deren Bedienstete  
(Bitte Name und Anschrift des Arztes/Arztpraxis/Krankenhaus angeben)

entbinde ich,

hiermit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Auskünfte dürfen sowohl mündlich, fernmündlich, als auch schriftlich an die von mir beauftragte und unten genannten Rechtsanwälte auf deren Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) abgegeben und zugesandt werden.

**Rechtsanwältin Marion Stammen-Grote**  
**Robert-Bosch-Straße 12A, 40789 Monheim**

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

Die vorgenannten Ärzte und deren Bedienstete sind befugt den oben genannten Rechtsanwälten über alle Umstände einschließlich Vorerkrankungen und Gutachten Auskunft zu geben die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
**PLZ, Ort**

\_\_\_\_\_  
**Datum**