

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

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

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass meiner

\_\_\_\_\_ behandelt haben bzw. behandeln, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Verwaltungsbehörden (bspw. BAMF/Ausländerbehörde)
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- \_\_\_\_\_

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten

**Rechtsanwältin  
Katrin Hildebrandt  
Wismarsche Str. 20  
18057 Rostock**

Zusenden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift