

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte, usw. )

entbinde ich

\_\_\_\_\_

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragte Rechtsanwalt/Rechtsanwältin aus dessen/deren Anforderung Kopie (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

\_\_\_\_\_

(Name, Anschrift des/der Rechtsanwalts/Rechtsanwältin)

Anlass für Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen)

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_ (einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Der/die oben genannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligten in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankung – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Die Erklärung gilt über den Tod hinaus.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)