

## 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 und dem/ der von mir beauftragten Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin auf dessen/ deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Rechtsanwälte Gebauer und Schmidt

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift des/ der beauftragten Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin)

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

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/ Unfall vom

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

\_\_\_\_\_ ( einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/ sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/ Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)