

## 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. einsetzen

entbinde ich,

---

genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten einsetzen

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.

---

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 ärztlichen 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, Sozialleistungsträgern und Rechtsanwälten/innen 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. gesetzlicher Vertreter)