

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/Die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und anderen 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 Auslagererstattung) zugesandt werden.

---

---

(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwaltes/Rechtsanwältin)

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

- die Geltungmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltungmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_
- die Geltungmachung 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 könnten. Diese Erklärung geht über meinen Tod hinaus.

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

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