

## 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 der Ärzte usw.)

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.

---

---

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

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

- Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom \_\_\_\_\_
- Die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger  
\_\_\_\_\_ (einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
- \_\_\_\_\_

Der/die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankung - Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)