

# 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 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

---

(genauer Name, Vorname / Kanzlei; Anschrift)

auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagerstattung) zugesandt werden.

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

- von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall / Vorfall vom .....
- von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom .....
- 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 gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)