

## ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden

\_\_\_\_\_

(NAME, VORNAME, ANSCHRIFT DER ÄRZTE U.S.W.)

entbinde ich \_\_\_\_\_  
(NAME, VORNAME, ANSCHRIFT, GEBURTSDATUM)

hiermit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht mit der Maßgabe, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und meinem von mir beauftragten Rechtsanwalt

\_\_\_\_\_

(NAME, ANSCHRIFT)

zugesandt werden.

Die Erklärung wird benötigt für (bitte ankreuzen)

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall bzw. Unfall vom  
\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Angehörigen der eingangs genannten Stellen sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände einschließlich etwaiger Vorerkrankungen Auskunft zu erteilen, die mit dem vorbenannten Anlass in einem Zusammenhang stehen bzw. stehen können.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
ORT, DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT (GGF. GESETZL. VERTRETER)