

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, des/der, Mandanten/in)

hiermit **vollumfänglich von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht**.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltend-machung von Schadenersatzansprüchen

aus dem Vorfall/Unfall vom: _____

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 in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)