

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich

.....  
.....  
.....  
(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des/der Mandanten/Mandantin)

alle mit meiner Behandlung befassten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

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 ärztl. Behandlung vom .....
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger .....  
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
- .....
- .....

Der/die 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 können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)