

## **Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Strasse, Hausnummer) (PLZ, Ort)

Aus Anlass der Geltendmachung

- von Schadenersatzansprüchen  
aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- von Schadenersatzansprüchen  
aus der ärztlichen Behandlung vom \_\_\_\_\_
- der Geltendmachung von Ansprüchen  
gegenüber dem Sozialleistungsträger  
einschließlich der dortigen Akteneinsicht \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit freiwillig, den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige/n anderer Heilberufe sowie Bedienstete/n von Krankenanstalten und Behörden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten

**Rechtsanwälten Blechschmidt & Kümmerle,  
Wühlischstr. 26, 10245 Berlin**

auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

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 erteilen, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können.

Im Fall, der/die vorgenannte(n) Angehörige/n der Heilberufe sowie Bedienstete/n von Krankenanstalten und Behörden ist/sind durch die von mir beauftragten Rechtsanwälte vor Gerichten als Zeuge/n benannt, gilt diese Erklärung auch für deren mündliche Zeugenaussage. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter)