

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

die nachfolgend benannten Ärzte/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

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

Knemeyer & Küpper  
Fürstenbergstraße 1 b  
51379 Leverkusen

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

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen):

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_  
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
- 

Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/ Rechtsanwältinnen und Sozialleistungs-trägern 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