**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

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
 (genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte, Geburtsdatum des Mandanten)

entbinde ich

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
 (genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalts/Rechtsanwältin)

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwilligen 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 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
 (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

[ ]  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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, Strafverfolgungs- behörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort, Datum Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter