

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

---

---

---

---

entbinde ich:

Vorname /Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen **Schweigepflicht** unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/den von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwälten auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Name und Anschrift des beauftragten **Rechtsanwaltes**:

Olaf Schmitz  
Bielefelder Str. 8  
33175 Bad Lippspringe

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:  
die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom \_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

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

-----  
Datum:

Unterschrift: