

# 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

---

---

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

entbinde ich

---

---

(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 von mir beauftragten Rechtsanwalt\* auf dessen Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

\*Rechtsanwälte Börger & Sasse Am Rathaus 5 57368 Lennestadt  
Tel. 02723/959571 Fax. 02723/959572

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 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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)