

## Erklärung über 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

### Arzt / Ärzte:

Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
_____	_____	_____	_____
Straße, Hausnummer:		Straße, Hausnummer:	
_____		_____	
PLZ:	Ort:	PLZ:	Ort:
_____	_____	_____	_____

entbinde ich

### Mandant:

Name:	Vorname:
_____	_____
Straße, Hausnummer:	
_____	
PLZ:	Ort:
_____	_____

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

## **Bernd Alexander**

ANWALTSKANZLEI

Heiligenbergstraße 36-38 66736 Dillingen

Telefon: 0 68 31 - 75 54 Telefax: 0 68 31 - 70 23 31

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte Ankreuzen).

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

Datum:

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus ärztl. Behandlung vom

Datum:

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger  
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Sozialversicherungsträger

\_\_\_\_\_

sonstiges

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort:

Datum:

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

.....  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)