

## Erklärung über Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

-  
-  
-  
-

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

entbinde ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

hiermit seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, der von mir beauftragten Rechtsanwälte Frowein & Kollegen, Elberfelder Str. 78, 42853 Remscheid auf deren Anforderung Kopien zuzusenden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

? die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Unfall/Vorfall vom \_\_\_\_\_

? die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen 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, Strafverfolgsbehörden, 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)