

## **Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe**

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

*(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte)*

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 und dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden.

**RAe Krieger & Kollegen, Neupfarrplatz 13, 93047 Regensburg .**

*(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin, Sachverständigen)*

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

- 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 (einschl. der dortigen Akteneinsicht)
- wegen Arzthaftung

Der/die vorgenannte(n) Angehörigen(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommende Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschl. Vorerkrankung – 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)