

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

\_\_\_\_\_

(Name der Ärzte usw.)

entbinde ich

\_\_\_\_\_

(Name des Mandanten usw.)

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

Rechtsanwälte Bernhörster, Etterich & Partner

Hauptsitz: ABC-Straße 3 in 44787 Bochum

Zweigniederlassung: Arminstraße 14 – 16, 45879 Gelsenkirchen

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus einem Vorfall / Unfall \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus einer ärztl. Behandlung \_\_\_\_\_
- 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 könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)