

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Ich

\_\_\_\_\_

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

entbinde

\_\_\_\_\_

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

von ihrer/seiner gesetzlichen und/oder vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten



RECHTSANWALTSKANZLEI

PETER HOHLWEG

Rotter Straße 4

85567 Grafing b. München

Telefon: 08092/7077-0

Telefax: 08092/7077-44

E-Mail: kanzlei@anwalt-grafing.de

auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zur Geltendmachung von

Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfalls/Unfall vom \_\_\_\_\_

Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom \_\_\_\_\_

Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschließlich er dortigen Akteneinsicht)

\_\_\_\_\_

zugesandt werden. Der/die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträger 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.

\_\_\_\_\_, den

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggfls. gesetzlicher Vertreter)