



## Erklärung über die 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte)*

entbinde ich,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(Name, Anschrift und Geburtsdatum des/der Mandanten/in)*

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.

**Rechtsanwaltskanzlei Josef Gläser  
Mittlerer Graben 42  
97980 Bad Mergentheim**

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist: **(bitte ankreuzen)**

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus ärztlicher Behandlung vom \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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 können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort

Datum

Unterschrift

.....

.....

.....

