

# 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

- 1) 2) (ggf. weiteren Arzt z.B. Hausarzt eintragen)

entbinde ich

[1] Name		[4] Geburtsname			
[2] Vorname		[5] Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
[7] Straße, Hausnummer		[8] c/o, wenn nicht selbst Hauptadressat			
[9] Postleitzahl	[10] Ort (Land, wenn Ausland)		[11] Telefon (Vorwahl/Rufnummern)		

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 Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Die Anschrift meines Prozessbevollmächtigten lautet:

WAGNER HALBE Rechtsanwälte GbR  
Hohenstaufenring 44-46  
50674 Köln  
Tel.: +49 (0221) 3500 67 – 80/Fax: +49 (0221) 3500 67 – 84  
info@wagnerhalbe.de

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 der ärztlichen Behandlung vom
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

**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 (ggf. gesetzl. Vertreter)