



**Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

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

.....
.....

entbinde ich –

Titel

Vor- und Nachname

Straße

PLZ und Ort

Geburtsdatum/-ort Geburtsname

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von

- Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
- Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- sonstigen Rechten, nämlich

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.

Dortmund, den

Datum

Unterschrift (ggf. ges. Vertreter)