

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für Heilberufe

Den/die nachfolgend benannte Arzt/Ärztin und /oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

---

---

---

---

---

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

entbinde ich

---

---

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

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

**Rechtsanwälten HKMW Rechtsanwälte B. Heimann M. Mörger GbR, Sachsenring 43, 50677 Köln**

auf deren Anforderung (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwilligen abgegebenen Erklärung ist (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

sonstiges, 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 bzw. 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