

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

---

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

---

---

---

---

---

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

entbinde ich

---

---

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

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.



Rechtsanwälte Krieger & Lauber  
Grabenstraße 39, 65549 Limburg  
T: 06431/212270 F: 06431/2122733

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 ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_  
(einschl. der dortigen Akteneinsicht)

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.

---

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)