

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

entbinde sämtliche Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

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 Sozialträger (einschl. der dortigen Akteneinsicht)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Angehörigen vorgenannter Berufsgruppen sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-anwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschl. Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

**Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei Negele, Zimmel und Greuter Rechtsanwälte - Partnerschaftsgesellschaft, Bgm.-Fischer-Str. 12, 86150 Augsburg unaufgefordert in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.**

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift