

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden nebst Adressen

entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, den von mir beauftragten Rechtsanwälten auf deren Anforderung Kopien zuzusenden.

**Rechtsanwälte Kreißl & Kollegen
Niederhofener Straße 1, 91781 Weißenburg
Zweigstelle: Weißenburger Straße 86, 91710 Gunzenhausen**

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung:

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom _____
 die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom _____
 die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
(einschließlich 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 und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)