

## **Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe**

Den / die nachfolgend genannten Arzt / Ärzte, Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörigen anderer Heilberufe bzw. das nachfolgend genannte Krankenhaus / die nachfolgend genannte Reha-Klinik oder Behörde,

.....,  
(Name und Adresse der behandelnden Arztpraxis, Klinik oder anderen Einrichtung)

sowie alle dort tätigen Personen entbinde ich,

.....,  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

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

Rechtsanwalt Andre Offermanns, Hedelfinger Str. 95, 70327 Stuttgart

auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

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 Versicherungsanstalten, 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.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift