

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Des/der Herrn/Frau

Anschrift:

### Erklärung:

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden entbinde ich hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, daß die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/den von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwälten auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden.

Name(n) und Anschrift(en) des/der von seiner/ihrer Schweigepflicht befreiten Arztes/Ärzte:

Name und Anschrift des beauftragten Rechtsanwalts:

**Rechtsanwalt  
Jens Ullrich Kutzner  
Heeper Str. 271  
33607 Bielefeld**

Anlaß für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen ...

- aus dem Vorfall/Unfall vom
- aus der ärztlichen Behandlung vom
- gegenüber dem Sozialleistungsträger
- 

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. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)