

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift usw.)

entbinde ich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Rechtsanwälte Manshardt, Stula und von Gayl  
Oranienburger Straße 69, 10117 Berlin  
(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalts/Rechtsanwälte usw.)

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom :  
\_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom:  
\_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger, einschl. der dortigen Akteneinsicht  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der/die vorgenannten Angehörige/n der Heilberufe sowie Bedienstete/n von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Versicherungsmaklern, 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 (ggf. gesetzlicher Vertreter)