

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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 von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Name und Anschrift des beauftragten Rechtsanwalts:

**Rechtsanwalt Philipp Schütze
Pichelsdorfer Str. 51
13595 Berlin**

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

() die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall

vom _____

() die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen 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/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 und Unterschrift)