

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

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

---

---

---

---

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

---

---

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

hiermit von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und Frau **Rechtsanwältin Belinda Wilke, Weingartstr. 71, 41464 Neuss**, auf dessen / deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig angegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom \_\_\_\_\_

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 den Tod hinaus.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)