

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 der Ärzte usw.)

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

hiermit von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt Jürgen Rapp in Kopie (gegen Auslagerungserstattung) zugesandt werden an folgende Adresse:

**Rechtsanwaltskanzlei
Jürgen Rapp
Marie-Curie-Straße 2
78048 Villingen-Schwenningen**

zu Aktenzeichen:

Anlaß für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- () die Geltendmachung von Schadensersatz- / Schmerzensgeldansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom
- () die Geltendmachung von Schadensersatz- / Schmerzensgeldansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- () die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialversicherungsträger (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 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)