

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Ich, der/ die Unterzeichnende

---

(Vorname, Nachname)

---

(Geburtsdatum)

---

(Anschrift)

entbinde aus Anlass

der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall/ Vorfall  
vom \_\_\_\_\_

der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Be-  
handlung von \_\_\_\_\_

der Geltendmachung von Ansprüchen gegen dem Sozialversicherungsträger  
\_\_\_\_\_

alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie  
Krankenanstalten und Behörden von ihrer gesetzlichen und vertraglichen  
Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und  
den von mir beauftragten Rechtsanwälten



Rechtsanwälte  
Pitz • Ellinger • Wagner

in Kopie gegen Auslagenerstattung zugesandt werden.

Die Angehörigen der ärztlichen Heilberufe sowie Krankenanstalten sind befugt, allen  
als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften über alle  
Umstände Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang  
stehen oder stehen könnten. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift