

## 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

---

---

---

---

---

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte)

entbinde ich

---

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen/deren Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

### **Lamster & Partner, Rechtsanwälte, Kaiser-Joseph-Str. 269, 79098 Freiburg**

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung 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 meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)