

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden und/oder Angehörigen anderer Heilberufe

---



---



---



---

(Vorname, Name, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

---



---

(Vorname, Name, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

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

### **Kanzlei Drescher**

67059 LUDWIGSHAFEN HEINIGSTRASSE 37  
TELEFON (06 21) 52 88 22 TELEFAX (06 21) 52 88 48

(Name, Anschrift des beauftragten Rechtsanwaltes)

Grund für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen).

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_

Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

---

Die vorgenannten Ärzte sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich der Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Grund im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)