

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

**entbinde** hiermit den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder andere Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte usw.)

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen **Schweigepflicht** unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten und unten genannten Rechtsanwalt auf dessen Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten,

sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten,

sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin,

an **Herrn Rechtsanwalt Sascha Dworczak, Oberdorfstraße 3, 45143 Essen**, herausgegeben werden und diese zur

(  ) Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem **Vorfall/Unfall** vom

\_\_\_\_\_  
(  ) Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der **ärztlichen** Behandlung vom

\_\_\_\_\_  
herangezogen werden.

Diese **Erklärung** gilt über den Tod hinaus; die Ermächtigung endet jedoch spätestens nach zehn Jahren. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Schweigepflicht bezieht sich auch auf die Angehörigen von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (soweit erforderlich: gesetzlicher Vertreter)