

## 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 des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten

**Rechtsanwalt Jörn-Matthias Lehmann, Sandower Straße 45, 03046 Cottbus**

auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werde.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die (zutreffendes ausfüllen)

Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

\_\_\_\_\_  
die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom

\_\_\_\_\_  
die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

\_\_\_\_\_  
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.

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum