

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Zahnarzt/Zahnärzte, Arzt/Ärzte, und/oder Angehörigen  
anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

*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 auf  
dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

**Steinbach & Partner GbR**  
Rechtsanwälte und Notare  
Holsatenring 75  
24539 Neumünster

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

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

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_  
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten  
und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesell-  
schaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozia-  
lleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit  
dem vorbenannten Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen können. Die Erklärung gilt über  
meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

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