

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden

---

---

---

---

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

---

---

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen/vertraglichen Schweigepflicht gegenüber dem von mir beauftragten

**Rechtsanwalt Reinhard Waldeck**, Goethestr. 24, 99755 Ellrich  
Tel.: 036332 / 79 04 12, Fax: 036332 / 79 04 13, [rechtsanwalt@kanzlei-waldeck.de](mailto:rechtsanwalt@kanzlei-waldeck.de)

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

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen 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 Krankenhäusern 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 könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)