

# 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

---

---

---

*(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)*

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich und dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Aufforderung in Kopie (*gegen Auslagerstattung*) zugesandt werden:



**Rechtsanwalt Sascha Frank Knüfer**  
**Frohnhauser Straße 232, 45144 Essen**

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

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus ärztlicher Behandlung vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger *(einschließlich dortiger 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 Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-innen, und Sozialträgern über alle Umstände Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift, gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter)