



**Erklärung  
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

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

.....  
.....

entbinde ich –

Titel .....

Vor- und Nachname .....

Straße .....

PLZ und Ort .....

Geburtsdatum/-ort ..... Geburtsname .....

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von

- Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom .....
- Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom .....
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- sonstigen Rechten, nämlich .....

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.

Dortmund, den .....

Datum

Unterschrift (ggf. ges. Vertreter)