

# **Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe**

Ich, der/ die Unterzeichnende

---

(Vorname, Nachname)

---

(Geburtsdatum)

---

(Anschrift)

entbinde aus Anlass der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall/ Vorfall vom \_\_\_\_\_

alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Krankenanstalten und Behörden von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten Rechtsanwälten



ELLINGER  
RECHTSANWÄLTE

in Kopie gegen Auslagenerstattung zugesandt werden. Die von mir beauftragten Rechtsanwälte sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften und Behörden über alle Umstände Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift