

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name des Mandanten)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

## **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 hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den

**Rechtsanwälten Dr. Jung und Partner, Markgrafenstr. 1, 51063 Köln**

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

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).

Diese Entbindungserklärung gilt gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften. Sie gilt auch über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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