

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

In Sachen

\_\_\_\_\_ ./ \_\_\_\_\_

wegen meiner Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
entbinde ich den/ die nachfolgend benannten Arzt/ Ärzte, Zahnarzt/ Zahnärzte und/ oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden, und zwar

Frau/ Herrn Dr. \_\_\_\_\_

und/ oder dessen Vertreter und weitere Behandler während der OP und der Nachsorge

hiermit von seiner/ ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, daß die Auskünfte nur schriftlich erteilt und davon gegen Auslagenerstattung jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten

#### **Rechtsanwalt Christoph Fleischmann, Brüder-Grimm-Straße 13, 60314 Frankfurt am Main**

zugesandt werden. Anlaß für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Ansprüchen (bitte ankreuzen)

- aus dem Vorfall/ Unfall vom \_\_\_\_\_
- aus der zahn-/ ärztlichen Behandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- gegenüber dem Sozialleistungsträger
- gegenüber der Krankenversicherung / Krankenkasse
- folgender Art \_\_\_\_\_

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 und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlaß in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)