



## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe und Einsichts-/Empfangnahmegenehmigung

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

Patient/in: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Anwaltskanzlei

**Rechtsanwalt Uwe Johannsen, Bierstadter Straße 16, 65189 Wiesbaden**

in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

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

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger  
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- \_\_\_\_\_

Die oben Genannte(n) ist/sind befugt, alle mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine kompletten Behandlungsunterlagen zu nehmen, Originale zum Zwecke der Kopierherstellung bzw. erstellte Kopien in Empfang zu nehmen.

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsanstalten, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialträgern 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift