

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

\_\_\_\_\_  
 die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger (einschl. der dortigen Akteneinsicht)

wegen (Sonstiges) \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich betreffend das vorgenannte Geschehen nebst allen damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen (einschließlich medizinische Behandlungen, auch zu Vorerkrankungen und künftige Behandlungen) alle mich behandelnden Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden gegenüber

- 1) **Rechtsanwalt Dr. Daniel Stiel, Erlenstraße 6, 86459 Gessertshausen**
- 2) **etwaigen Gerichten und von Gerichten beauftragten Sachverständigen**

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Die unter Ziffer 1) und 2) Genannten sind befugt alle mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine kompletten Behandlungsunterlagen oder sonstige zu oben genannten Geschehen bestehende Unterlagen bzw. Akten zu nehmen, Originale zum Zweck der Kopiererstellung bzw. erstellte Kopien in Empfang zu nehmen.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift