

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Behandlungsfehlern

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

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

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der medizinischen Behandlung

im Zeitraum ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder am \_\_\_\_\_

im / in der / von / bei \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich betreffend das vorgenannte Behandlungsgeschehen nebst allen damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen (einschließlich 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 zu nehmen, Originale zum Zweck der Kopiererstellung bzw. erstellte Kopien in Empfang zu nehmen.

Zusätzlich wird die Behandlerseite ermächtigt, bei Haftungsansprüchen gegen sich, mit ihrer Haftpflichtversicherung bzw. dem beauftragten Haftpflichtversicherungsvertragsverwalter zu korrespondieren, soweit es zur Bearbeitung und Prüfung der gegen sie geltend gemachten Haftungsansprüche erforderlich ist. Ich willige zudem ein, dass die Haftpflichtversicherung des medizinischen Behandlers meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die per Gesetz auf Dritte (z.B. die Krankenversicherung) übergegangen sind.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift