

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 Maßnahmen, die damit in Zusammenhang stehen oder stehen könnten (einschließlich Behandlungen zu Vorerkrankungen bzw. vorangehende Behandlungen und nachfolgende Behandlungen), alle mich behandelnden Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, Behörden, Kranken-/Pflegekassen und Kranken-/Pflegeversicherungen 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. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Die unter Ziffer 1) und 2) Genannten sind befugt alle mir zustehenden Einsichtsrechte (auch nach der DSGVO) wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine kompletten Behandlungsunterlagen zu nehmen und ggf. Originale zum Zweck der Kopiererstellung bzw. erstellte Kopien in Empfang zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift