

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte sowie Zahnarzt/Zahnärzte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.) entbinde ich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

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

**Daniela Pohle**

Rechtsanwältin

Mariendorfer Damm 26 • 12109 Berlin  
Tel.: 030 / 75 79 21 – 0 • Fax 030 / 75 79 21 - 23

in Kopie 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).
- 

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sind befugt, der \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sowie Rechtsanwältin Daniela Pohle 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 (ggf. gesetzl. Vertreter)