

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten, Betreuer und Behörden

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich,

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsname des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht (Auskünfte sind dem von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin in Kopie - gegen Auslagenerstattung - zuzusenden.

Volz - Drastik - Herold  
*Rechtsanwälte & Fachanwälte*  
Wilhelmsstraße 2a  
34117 Kassel

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwilligen angegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen):

☐ Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

---

☐ Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung

☐ Die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

---

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

☐ Klärung der Voraussetzungen für die Verbüßung von Haft/Haftaussetzung

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass in Verbindung stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)