

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Ärzte und anderer Heilberufe



Hiermit entbinde ich

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

den / die nachfolgend benannten Zahnarzt/Zahnärzte, Ärzte, und /oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

(Name und Anschrift der Ärzte)

von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber allen als Beteiligte in Betracht kommende Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen, Sozialleistungsträgern unter der Bedingung, dass die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt in Kopie zugesandt werden.

## **Rechtsanwalt Deniz Karadeniz**

Schützenwall 59  
24114 Kiel

Die Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt aus dem folgenden Anlass: *(zutreffendes bitte ausfüllen)*

1. die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom \_\_\_\_\_

2. die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom \_\_\_\_\_

3. die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_  
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Verfolgung meiner rechtlichen Ansprüche. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Mir steht das Recht zu, diese Erklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)