



## Schweigepflichtentbindungserklärung

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

---

---

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

---

---

entbinde ich

---

---

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

---

---

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, der von mir nachstehend beauftragten Rechtsanwaltskanzlei:

**Arndt & Urban Rechtsanwälte & Steuerberater PartG (AG Rostock PR 86) sowie zugleich deren Partnern und angestellten Rechtsanwälten**

auf deren Anforderung hin Kopien (gegen Auslagenentlastung) zuzusenden.

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 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 vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Mandant