

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: Unfall/Vorfall vom : \_\_\_\_\_, in: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich,

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Den/die nachfolgend benannte(n) Ärzte/Ärztin/Arzt und/oder Angehörige(n) anderer Heilberufe , Personal von Krankenanstalten und Behörden, soweit sie mich behandelt haben,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von Ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, mit der Maßgabe, dass die Auskünfte schriftlich erteilt werden und mein beauftragter Rechtsanwalt Hans- Hermann Hellmann, Wittekindstr. 21, 32257 Bünde unaufgefordert kostenfrei Abschriften erhält. Ich bin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem obigen Ereignis in Zusammenhang stehen.

Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

Ort: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_\_, Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(ggf. gesetzl. Vertreter)