

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

---

---

---

---

(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 dem von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

der Kanzlei Kohake & Kollegen Partnerschaft mbB, Konrad-Adenauer-Ring 24,  
49074 Osnabrück

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 in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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