

# Anwaltskanzlei Handlos

Viehhofstr. 23  
52066 Aachen  
Telefon (0241) 65 035  
Telefax (0241) 65 034  
mail:anwaltskanzlei-handlos@t-online.de

---

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

(Angaben des Mandanten)

Hiermit entbinde ich den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/ oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

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

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

Diese Entbindung wird unter der Bedingung erteilt, dass die Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilt werden und dass der von mir beauftragten **Anwaltskanzlei Handlos** auf deren Aufforderung Kopien (gegen Erstattung der Kosten) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall/Vorfall vom

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(sonstiger Grund)

Der/die durch diese Erklärung von der ärztlichen Schweigepflicht befreite Person(en) ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Sozialleistungsträgern, Gerichten, Staatsanwaltschaften und Rechtsanwälten/-anwältinnen über alle Umstände (einschließlich Vorerkrankungen) Auskunft zu geben, die mit dem genannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (soweit erforderlich: gesetzlicher Vertreter)