

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Bitte senden Sie uns diesen Bogen per E-Mail oder Fax 0511 132 216 99.

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder andere Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

Genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte usw.

entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ & Ort

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten und unten genannten Rechtsanwalt auf dessen Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden:

**Prime Rechtsanwaltsgesellschaft mbH**, Schwarzer Bär 4, 30449 Hannover

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist: (bitte ankreuzen)

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Der/die vorgenannten Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-anwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschl. Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift