

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

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

---

---

---

---

entbinde ich hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilt und dem/den von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin in Kopie zugesandt werden.

Name und Abschrift der beauftragten Rechtsanwälte:

**TASAN & MANSKE**  
**Rechtsanwaltskanzlei**  
**Bremer Straße 61**  
**27749 Delmenhorst**  
**Tel.: 04221 59 29 066**  
**Fax.: 04221 59 29 067**

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- Die Geltendmachung von (Schadensersatz-)Ansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom  
.....
- Die Geltendmachung von (Schadensersatz-)Ansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom  
.....
- Die Geltendmachung von (Schadensersatz-)Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger  
.....(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
- 

.....

Der/die vorgenannt(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwält\*innen 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