

**Erklärung über die Entbindung
von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich alle, mich anlässlich des Schadensereignisses vom _____ behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, sowie Bedienstete von anderen Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem oben genannten Schadensereignis stehen und, dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den Rechtsanwälten der Kanzlei

**DALDROP & PARTNER GbR
Wasserstraße 11, 48565 Steinfurt**

sowie

dem für die Schadensregulierung zuständigen Haftpflichtversicherer

Abschriften zur Verfügung zu stellen.

Bisher waren folgende Ärzte und/oder Institutionen an der Heilbehandlung beteiligt:

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1.
Name: _____ | 2.
Name: _____ |
| Anschrift: _____
_____ | Anschrift: _____
_____ |
| 3.
Name: _____ | 4.
Name: _____ |
| Anschrift: _____
_____ | Anschrift: _____
_____ |

.....
(Name)

.....
(Straße)

.....
(PLZ / Wohnort)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)