

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

Hiermit entbinde ich,

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

alle Ärzte, Mitarbeiter von Rettungsdiensten und Krankenträgern, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls (ggf. Behandlung oder sonstigen Vorfalles, Ereignis usw. - bitte möglichst genau beschreiben in der nächsten Zeile)

\_\_\_\_\_ (Platz für sonstiges, wenn kein Unfall)

untersucht, behandelt oder beraten haben, bzw. untersuchen, behandeln oder beraten werden, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten oder enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund,
- Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Berichte, Bildmaterialien oder Gutachten von Rettungsdiensten und / oder Krankenträgern

an die **Rechtsanwaltskanzlei Dr. Hapig & Kollegen,**  
**Mühlenstraße 4,**  
**26789 Leer,**

herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen. Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Verfolgung meiner rechtlichen Ansprüche im Hinblick auf das oben näher beschriebene Ereignis.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum - Unterschrift