

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte und /oder angehörig(en) anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

---

---

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte u.s.w.)

entbinde ich

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten

**Stache – Rechtsanwälte**  
Ringbahnstr. 11  
10711 Berlin  
Tel./Fax: 030/863075 –0 / - 30

zur Verfügung gestellt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom .....

Der/die vorgenannte(n) Angehörig(e) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, der in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaft sowie der oben genannten Rechtsanwaltskanzlei Auskunft zu geben, soweit es für den vorgenannten Schadensfall erforderlich ist. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift