

# ENTBINDUNG VON DER (ÄRZTLICHEN) SCHWEIGE PFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie die nachrangigen Mitarbeiter und Hilfskräfte (nachfolgend einheitlich als *Behandler* bezeichnet) von der ihnen obliegenden Schweigepflicht betreffend des nachfolgend näher bezeichneten Vorfalls/Unfalls:

\_\_\_\_\_  
(Vorfall/Unfall vom Datum)

Die Erklärung gilt gegenüber **den beteiligten Gerichten, von dort beauftragten Sachverständigen und Strafverfolgungsbehörden.**

Ich weise die Behandler sowie deren Mitarbeiter an, alle erforderlichen Auskünfte im Zusammenhang mit o.g. Vorfall zu erteilen. Von allen erteilten Auskünften und Berichten gegenüber Dritten ist jeweils eine Abschrift an die WISSING HEINTZ Rechtsanwälte PartGmbB zu übermitteln.

Die Rechtsanwälte und Mitarbeiter der WISSING HEINTZ Rechtsanwälte PartGmbB werden von der Schweigepflicht insoweit entbunden, als dass Unterlagen die unter den Geltungsbereich dieser Schweigepflichtentbindungserklärung fallen, an Versicherungen, Gutachter und Gerichte/Behörden weiterzugeben sind. Ich bin einverstanden, dass die angeforderten Unterlagen und Daten elektronisch gespeichert und verwendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Diese Erklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)