

**Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht  
der Heilberufe des**

---

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

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

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

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

**Dr.Kulitz, Nittmann, Andree & Kollegen, Neutorstr.12, 89073 Ulm**

Kopien/Abschriften zur Verfügung zu stellen.

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

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)