

# Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht und Herausgabegenehmigung

Vorliegend entbinde ich (*persönliche Daten Patient/Betreute Person*)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

alle mich betreuenden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Krankenhäuser sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die mich untersucht, beraten, betreut oder behandelt haben oder noch werden von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber der **Schlünder Rechtsanwälte Partnerschaft mbB** sowie allen Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, meiner Rechtsschutzversicherung, den Sozialleistungsträgern und meinen Versicherungsgesellschaften, die ein rechtliches Interesse haben können, sowie meinen Erben.

Die Erklärung bezieht sich auf:

Schadensereignis/Anlass: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ggf. Schadensdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Schadensort: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass den begünstigten Personen und Einrichtungen alle Auskünfte erteilt werden, die mit obigem Schadensereignis in Zusammenhang stehen.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass mich betreffende Patienten- oder Pflegedokumentationen, Berichte und Gutachten den oben begünstigten Personen und Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters