

## Schweigepflichtentbindungserklärung

von:

geboren am:

Schadensereignis vom:

Mir wurde mitgeteilt, dass zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Anspruchs die Überprüfung von Angaben erforderlich sind, die ich zur Begründung meines Anspruchs gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. Die Entbindung von der Schweigepflicht erstreckt sich auf alle Auskünfte, die für die Feststellung des erhobenen Anspruches erforderlich sind, also ggf. auch auf Vorerkrankungen, sofern und soweit sie für die Beurteilung der Verletzungsfolgen von Bedeutung sein können.

Sofern Institutionen, die mit der Bearbeitung des Schadensfalles betraut sind, medizinische Gutachten Dritten zur Überprüfung vorlegen, gilt die Schweigepflichtentbindungserklärung auch gegenüber diesen.

Unterschrift des/der Verletzten (bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter):

-----  
Ort, Datum:

-----  
Unterschrift: