

# SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Schadensereignis: \_\_\_\_\_  
Verletzte Personen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem oben angegebenen Schadensereignis stehen.

Bisher waren folgende Ärzte und/oder Institutionen an der Heilbehandlung beteiligt:

1. Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

4. Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ich bin geboren am:

\_\_\_\_\_

Ich bin krankenversichert bei:

\_\_\_\_\_

Vor dem Schadensereignis war ich berufstätig als:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift