

# DR. HÜSCH & PARTNER

## RECHTSANWÄLTE

### Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

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

---

---

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

hiermit von seiner/ ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/ der von mit beauftragten Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin auf dessen/ deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden.

**Dr. Hüsch & Partner**  
**Rechtsanwälte**  
**Batteriestraße 1, 41460 Neuss**  
**Tel.: 02131/ 715300, Fax: 02131/ 7153023**

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig angegebenen 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. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift