

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort, Straße

**Zweck/Betr.:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich **alle behandelnden Ärzte sowie alle Sozialversicherungsträger** von der ärztlichen Schweigepflicht sowie – soweit hierfür erforderlich – von den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie Sozialleistungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bis zum Abschluss der im Betreff genannten Angelegenheit alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dieser Angelegenheit stehen und dass von allen Befunden, Berichten, Arztbriefen, Röntgenbildern, Auskünften und Gutachten etc. den bevollmächtigten Rechtsanwälten

**Barufke und Kirchhoff  
Hadergasse 6  
97421 Schweinfurt**

ggf. Abschriften oder Kopien zur Verfügung gestellt werden.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Geschädigten