

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dass ich sämtliche Ärzte sowie die Angehörigen anderer Heilberufe und Bediensteten von Krankenhäusern und Behörden, die mich im Zusammenhang mit

Erkrankung: \_\_\_\_\_

ambulanter/stationärer Behandlung bei \_\_\_\_\_

(genaue Anschrift der betreffenden Ärzte sowie Behandlungszeitraum angeben)

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

**Frau Rechtsanwältin Corinna Riedel-Seebacher, Kornweg 24 in 27793 Wildeshausen.**

entbinde.

Die genannten Personen sind weiter befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände einschließlich Vorerkrankungen Auskunft zu geben, die mit dem nachfolgend näher bezeichneten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Anlass dieser Erklärung ist (**Zutreffendes bitte ankreuzen**):

- Geltendmachung von Schadenersatz wegen ärztlicher Behandlung vom \_\_\_\_\_
- Geltendmachung von Schadenersatz gegenüber dem Sozialleistungsträger
- Unfallereignis vom \_\_\_\_\_
- Geltendmachung einer Versicherungsleistung

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)