

**Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich,
Herr / Frau

wohnhaft in

geboren am

wegen Unfall vom

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, Gutachter, die mich in den letzten zehn Jahren untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Insbesondere entbinde ich

Name und Anschrift des Arztes / Klinikum

Name und Anschrift des Arztes / Klinikum

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

die mich betreffenden Krankenpapiere, z. B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten,

sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten,

sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin, an die

**Anwaltskanzlei Canestrini Clark Wiekhorst
Friedrichstraße 29
73033 Göppingen**

bzw. an die gegnerische Haftpflichtversicherung

herausgegeben werden und diese zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden.

Die Ermächtigung endet nach zehn Jahren. Die Schweigepflichtentbindungserklärung bezieht sich auch auf die Angehörigen von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern.

Ort, Datum

Unterschrift