

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

sämtliche mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte sowie Angehörigen anderer Heilberufe und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem Rechtsanwaltsbüro

### **Rechtsanwältin Franziska Benthien, Ferdinand-Beit-Str. 7b, 20099 Hamburg**

unter der Bedingung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem vorbenannten Anwaltsbüro auf dessen Anforderung in Kopie zugesandt werden.

Die nachfolgend näher bezeichneten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind 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 im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Betrifft: stationäre/ambulante Behandlung bei:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(genaue Anschrift der betreffenden Ärzte sowie Behandlungszeitraum angeben)

Anlass dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Unfallereignis vom \_\_\_\_\_
- Geltendmachung einer Versicherungsleistung
- Geltendmachung von Schadenersatz aus ärztlicher Behandlung vom \_\_\_\_\_
- Geltendmachung von Schadenersatz gegenüber dem Sozialleistungsträger
- Benötigte Auskünfte über den Gesundheitszustand im Rahmen eines zivil- oder strafrechtlichen Verfahrens
- 

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, ggf. gesetzl. Vertreter)