

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

Name der/des Patientin/Patienten: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Hausnr., Ort): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Betrifft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Herrn/Frau/Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Hausnr., Ort): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

und gegebenenfalls alle weiteren mich aus Anlass der unter „Betrifft“ näher bezeichneten medizinischen Maßnahmen – auch künftig – behandelnden Ärzte entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den genannten medizinischen Maßnahmen im Zusammenhang stehen, an die Rechtsanwälte der Societät Schäfers, beteiligte Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Versicherungsgesellschaften, sonstige Behörden sowie alle weiteren Stellen und Personen, die mit der Schadenregulierung beauftragt oder sonst befasst sind, erteilt werden können. Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass die Societät Schäfers mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift