

### SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Folgende(n) benannte(n) Ärztin / Arzt / Ärzte, Zahnärztin / Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden

---

---

---

---

entbinde ich

Name:

---

Vorname(n):

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

hiermit von ihrer / seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der **Bedingung**, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und folgende/r/m von mir beauftragten Rechtsanwältin /Rechtsanwalt / Rechtsanwältinnen unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

Gellermann  Lemme  
RECHTSANWÄLTE | FACHANWÄLTE | NOTARE  
den Rechtsanwälten Kai-Uwe Gellermann,  
Birgit Lemme, Anja Gellermann, Elke Siegmann

Diese freiwillig abgegebene Erklärung ist notwendig zur Geltendmachung von

- Schadenersatzansprüchen aus dem Unfall / Ereignis vom \_\_\_\_\_
- Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom \_\_\_\_\_
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

- sonstiges: \_\_\_\_\_

---

---

Die / der vorgenannte(n) Ärztin / Arzt / Ärzte, Zahnärztin / Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden wird / werden hiermit ermächtigt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwältinnen / Rechtsanwälten und sonstigen Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

Ort, Datum

Unterschrift – (ggf. des gesetzl. Vertreters)