

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

**Betr.** \_\_\_\_\_  
(Name, Geburtsdatum)

**wegen** \_\_\_\_\_  
(Verletzungs-/Behandlungsgrund)

Hiermit entbinde ich

Ärzte / Krankenhäuser.

- 
- 
- 
- 
- 

sowie sämtliche Ärzte/Drittbehandler,

die mich in Zusammenhang mit der streitgegenständlichen Erkrankung/Behandlung sowie deren Vorgeschichte und deren Folgen untersucht haben

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem Gericht, sämtlichen an dem Verfahren beteiligten oder noch zu beteiligenden Personen sowie den bevollmächtigten Rechtsanwälten Schulte & Prasse, Kattreppeln 20, 38100 Braunschweig, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift