

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

---

---

---

---

entbinde ich

---

---

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, daß die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/den von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwälten auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Name und Anschrift der beauftragten Rechtsanwälte:

**Rechtsanwälte Kotz & Kollegin**  
**Hans Jürgen Kotz - Dr. Christian Gerd Kotz – Nadine Otto** (in Bürogemeinschaft)  
**Siegener Straße 104**  
**57223 Kreuztal**

Anlaß für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom \_\_\_\_\_
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_ (einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
- 

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)