

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Für:  
(den befugten Verwender eintragen):

---

---

---

Name und Anschrift des Verletzten:	
Geburtsdatum:	Beruf:
Behandlungen haben durchgeführt (Name Arzt, Krankenhaus und jeweils Anschrift):	

Ich befreie freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung anlässlich meiner nachfolgend genannten Behandlung:

---

beteiligt waren und sind, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Die Entbindung von der Schweigepflicht erstreckt sich auf alle Auskünfte, die für die Wahrung meiner Interessen erforderlich sind, also ggf. auch auf Vorerkrankungen, sofern und soweit sie für die Beurteilung von Bedeutung sein können.

---

Ort

Datum

Unterschrift evtl. gesetzlicher  
oder bevollmächtigter Vertreter