

## **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Behandlungsfehlern**

Ich, Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

entbinde sämtliche Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der medizinischen Behandlung

im Zeitraum ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder am \_\_\_\_\_

im / in der / von / bei \_\_\_\_\_

Die Angehörigen vorgenannter Berufsgruppen sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-anwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschl. Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

**Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei Negele, Zimmel und Greuter Rechtsanwälte - Partnerschaftsgesellschaft, Bgm.-Fischer-Str. 12, 86150 Augsburg unaufgefordert in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.** Auf diese Bedingung wird in Fällen von Behandlungsfehlern verzichtet, sofern es ausschließlich die Korrespondenz zwischen der Haftpflichtversicherung bzw. dem beauftragten Haftpflichtversicherungsverwalter des medizinischen Behandlers und dem versicherten medizinischen Behandler sowie die Korrespondenz zwischen der Haftpflichtversicherung bzw. dem beauftragten Haftpflichtversicherungsverwalter eines medizinischen Behandlers und den zur Haftungsprüfung eingeschalteten Sachverständigen betrifft.

Ich willige ein, dass die Haftpflichtversicherung des medizinischen Behandlers meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die per Gesetz auf Dritte (z.B. die Krankenversicherung) übergegangen sind.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift