



Den/die nachfolgend benannten/alle Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, Behörden und Gerichte sowie

.....  
.....  
.....

entbinde ich (genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

.....  
.....  
.....

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten

**Rechtsanwaltskanzlei Beuther und Kollegen, Gaisgasse 42, 73547 Lorch**  
auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen):

- 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 (ggf. gesetzl. Vertreter)