

**Schweigepflichtsentbindungserklärung**  
gegenüber Angehörigen der medizinischen Heilberufe

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_,  
geb. \_\_\_\_\_, die mich behandelnden Personen/Kliniken:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich der von mir erlittenen Verletzungen und ihrer Behandlung anlässlich des Vorfalls vom \_\_\_\_\_ zwecks Geltendmachung von Schmerzensgeld-/Schadensersatzansprüchen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und Röntgenaufnahmen, Gutachten, sonstige Aufzeichnungen, sowie Behandlungs- und Befundbericht, von anderen Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten an meine Rechtsanwältin

**Tanja Wählke**  
**Englerallee 40**  
**14195 Berlin**

herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden können.

Berlin, den \_\_\_\_\_