



Dr. Wambach & Walter  
Rechtsanwälte in Partnerschaft mbB

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Nachname: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Strasse: .....  
PLZ/Ort: .....

Ich entbinde alle Ärzte, Zahnärzte, Krankenhauspersonal oder Angehörige anderer Heilberufe (Behandler) von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, die mich im Zusammenhang mit dem am ..... erlittenen Unfall/ Fehlbehandlung vom ..... behandelt haben oder behandeln werden (Nachbehandler).

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften und Versicherungsdiensten (insb. die Haftpflichtversicherer der Schädiger
- b) den beteiligten Rechtsanwälten,
- c) den Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- d) .....
- .....
- .....

Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Vorerkrankungen (Vorbehandler), soweit diese auf die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen von Bedeutung sind.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt ausschließlich unter der Bedingung, dass die Auskünfte und Stellungnahmen (ausschließlich) schriftlich oder in Textform erteilt werden **und** davon jeweils zugleich **unverzüglich** eine Kopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten in Partnerschaft mbB Dr. Wambach & Walter, Am Teerhof 59, 28199 Bremen, überlassen wird.

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar.

Sie erlischt zwangsläufig nach fünf Jahren, und zwar taggenau beginnend ab dem auf den Tag der Unterschrift folgenden Tag. Sie muss dann in Schriftform erneut erteilt werden. Die Vollmacht erlischt zudem vorzeitig bei Abschluss eines Abfindungsvergleichs, nach Rechtskraft eines Urteils oder bei der Beendigung des Mandats.

Sie gilt ansonsten über den Tod hinaus. Tritt der Tod vor Ablauf der fünfjährigen Gültigkeitsdauer ein, so soll die Vollmacht nicht automatisch erlöschen. Sie soll vielmehr unbegrenzt gelten und zwar nicht nur gegenüber den bevollmächtigten Rechtsanwälten, sondern auch gegenüber den gesetzlichen Erben, dem gesetzlichen Betreuer oder den Vorsorgebevollmächtigten, soweit die Vorsorgevollmacht oder auch die Patientenverfügung dem nicht widersprechen.

Ort ..... Datum ..... Unterschrift .....