

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Name, Anschrift, Geburtsdatum)

sämtliche Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete oder Angestellte von Krankenhäusern oder Behörden, die mich im Zusammenhang mit

(Schadensereignis, Datum des Schadensereignisses)

behandelt haben von seiner / ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber

Herrn  
Rechtsanwalt Gregor Quodbach  
Liedmannstraße 29  
41460 Neuss

zur Geltendmachung von Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüchen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber Herrn Rechtsanwalt Gregor Quodbach oder den Trägern der ärztlichen Schweigepflicht widerrufen kann und dass dieser Widerruf schriftlich zu erfolgen hat.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)