

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Zahnarzt/Zahnärzte, Arzt/Ärzte, und/oder Angehörigen  
anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
*genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.*

entbinde ich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten*

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung,  
dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt auf  
dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

### Dr. Johann David Wadephul

Holtener Str. 61      Marienstraße 29  
24105 Kiel            10117 Berlin

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 ärztl. 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 Versicherungsgesell-  
schaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozia-  
lleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit  
dem vorbenannten Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen können. Die Erklärung gilt über  
meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)

Kanzlei  
Dr. Johann David Wadephul

Holtener Str. 61  
24105 Kiel  
Telefon 0431/23947900  
Telefax 0431/23947901

Marienstraße 29  
10117 Berlin  
Telefon 030/20215118  
Telefax 030/28098794

info@wadephul.de  
www.wadephul.de