

ERKLÄRUNG

Die/der Unterzeichnende

.....
.....

entbindet hiermit nachfolgend benannte Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie sämtliche Bedienstete (insbesondere Ärzte) der nachfolgend benannten Krankenanstalten und Behörden

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der

Anwaltskanzlei Dr. Christian Freitag
Seestraße 6
71638 Ludwigsburg

sowie gegenüber **jedem deutschem Gericht** für den Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- 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)
- Sonstiges:
.....

Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, **allen als Beteiligte in Betracht** kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ludwigsburg, den