



**Befreiung von der Schweigepflicht der Heilberufe**

Die nachstehend benannten Ärzte, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Beschäftigten von Krankenanstalten und Behörden

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

befreie ich

.....  
.....

hiermit von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Maßgabe, dass die Angaben nur in Schriftform erteilt und dem von mir beauftragten

**Rechtsanwalt Hoff**

als Duplikat (gegen Auslagererstattung) zugestellt werden.

Die oben genannten Angehörigen der Heilberufe und Beschäftigten von Krankenanstalten sowie Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – inklusive Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem nachstehend benannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Grund für das Erfordernis dieser aus freiem Willen abgegebenen Erklärung ist:

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom: .....
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom: .....
- .....

**Widerrufsrecht:** Sie haben gemäß § 7 Abs. 3 DSGVO das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Begründung zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird nicht berührt. Möchten Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an [info@kanzlei-hoff.de](mailto:info@kanzlei-hoff.de).

Jena, den .....

.....  
(Unterschrift)

RECHTSANWALT  
SEPP HOFF

Steinweg 1/2 · 07743 Jena  
Telefon: 03641 355 100  
Fax: 03641 355 10 99