

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(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/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung gegen Auslagenerstattung in Kopie zugesandt werden.

(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalts/Rechtsanwältin)

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen).

- Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom _____
- Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen 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 Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälte und Rechtsanwältinnen, sowie Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich – Vorerkrankungen Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift