



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Folgende(n) benannte(n) Ärztin / Arzt / Ärzte, Zahnärztin / Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden

(genaue Namen, Anschriften der Ärzte)

entbinde ich

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(genauer Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Mandantin / des Mandanten)

hiermit von ihrer / seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten Rechtsanwältin / Rechtsanwalt / Rechtsanwälten unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

(Name, Anschrift der / des Rechtsanwältin / Rechtsanwalts / Rechtsanwältin - oder Stempel -)

Grund für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (entsprechendes bitte ankreuzen) die Geltendmachung von:

- Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom _____
- Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
_____ (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
-

Die / Der vorgenannte(n) Ärztin / Arzt / Ärzte, Zahnärztin, / Zahnarzt, Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden wird/werden hiermit befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwältinnen / Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu erteilen, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

(Ort, Datum)

Unterschrift (ggfls. gesetzl. Vertreter)