

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte etc...)

entbinde ich

(genauer Name, Geburtsdatum, Anschrift 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 in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

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

Anlass für die Notwendigkeit der Erklärung ist (bitte ankreuzen).

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall vom _____
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom _____
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
-

Der/ die vorgenannten Angehörige(n) der Heilberufe, sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/ sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/ Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände –einschließlich Vorerkrankungen- Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)