

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgenden 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 des Mandanten)

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

Kanzlei Recht³
Kleiberg 23, 53721 Siegburg
Tel: 02241-14 61 511 Fax: 02241-14 61 512

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

- Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom _____
- Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____
- Die Geltendmachung von Ansprüche gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörde ist/sind berechtigt, alle als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträger über alle Umstände –einschließlich Vorerkrankungen- Auskunft zu erteilen, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)