

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(genauer Name, 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 in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

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

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 ärztl. Behandlung _____
- die Geltendmachung von Ersatzansprüchen 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 können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

(Unterschrift (ggf. ges. Vertreter)