

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 der Mandantschaft)

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 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, 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)