

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

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

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, 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 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 können. Dieser Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)