

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

1. _____

2. _____

3. _____

(genauer Name, Vorname, Anschrift 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 von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

KANZLEI AM BLEECK - Uellendahl | Collatz | Ralfs
Rechtsanwälte und Notare
Bleek 8, 24576 Bad Bramstedt, Tel.: (0 41 92) 30 85, Fax: (0 41 92) 66 55,
E-Mail: email@kanzlei-am-bleeck.de

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

- 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 kommende Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankung - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Datum, Unterschrift)