

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Der/die nachfolgend benannte/n Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete 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 von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagerstatung) zugesandt werden.

(Name, Anschrift des beauftragten Rechtsanwalts)

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 vom _____
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
-

Der/Die vorgenannte(r/n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, meinem Rechtsanwalt 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. gesetzl. Vertreter)