

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Der/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 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 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 Beteiligten 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. gesetzliche Vertreter)