

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte)

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 Auslagererstattung) zugesandt werden.

RAe Krieger & Kollegen, Vilsstraße 36, 84149 Velden/Vils .

(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin, Sachverständigen)

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 (einschl. der dortigen Akteneinsicht)
- wegen Arzthaftung

Der/die vorgenannte(n) Angehörigen(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 – einschl. Vorerkrankung – 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)