

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift etc.)

entbinde ich

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 Rechtsanwaltes/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 ärztl. Behandlung vom _____

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

_____ Sonstiges

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, Rechtsanwältin/Rechtsanwältinnen 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)