

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

.....
.....
.....
(genauer Name, Vorname, Anschrift usw.)

entbinde ich

.....
.....
.....

hiermit von seiner/ihrer ärztlichen 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.

Herrn Rechtsanwalt
Dr. Gunnar Kleffmann
Bundesstraße 56
52159 Roetgen

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen):

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- die Geltendmachung von Ansprüche gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschl. d. 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 kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschl. Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Roetgen,

.....
(Unterschrift ggf. gesetzl. Vertreter)