



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

den/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.)

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich – oder in Textform – erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragten und oben genannten Rechtsanwalt Robert Schindler auf dessen Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

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. Behandlg. vom:

die Geltendmachung von Ansprüchen ggü dem Sozialleistungsträger:

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift, ggf. gesetzl. Vertreter)