

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift)

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 Auslagerstattung zugesandt werden.

Rechtsanwältin Berit Sander

(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalt/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 ärztlich. Behandlung vom _____

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem 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 Versicherungsanstalten, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, den o.g. Rechtsanwalt/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. gesetzlicher Vertreter