

REINHARD UND DWORAZIK
RECHTSANWÄLTE | NOTARE

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 der Ärzte usw.)

entbinde ich

hiermit von seiner /ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem / der von mir beauftragten Rechtsanwalt / Rechtsanwältin auf dessen /deren Aufforderung Kopien (gegen Auslagerung) 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. Behandlung vom _____

Die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht). _____

Der/die vorgenannten 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 Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Ort, Datum

Unterschrift (ggfls. gesetzl. Vertreter)