

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

(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 Auslagenerstattung) zugesandt werden.

RA'in Sigrid Vullriede & RA'in Sabine Bremer
Ahlhorner Strasse 60, 27793 Wildeshausen

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist :

- Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom _____
- Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlungen vom _____
- Die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____ (einschließlich der 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 - einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)