

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.

Rechtsanwälte Bergmann, Schwartz, Pfeifer, Hingst, Kohl, Viereck, Brüggen,
Blydt-Hansen, Lalek, Dr. von Alvensleben, Martens, Huxtortallee 2, 23564 Lübeck

(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalts/Rechtsanwältin)

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 ärztl. Behandlung 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 können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)