

RECHTSANWÄLTIN WINNIE BEHNISCH

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 werden, gegenüber

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

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig gegebenen 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 vorgenannter(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 zugeben, die mit dem oben genannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)