

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe
sowie Bediensteten von Krankenhäusern und Behörden
in Sachen

entbinde ich

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die
Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie
(gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Name und Anschrift des beauftragten Rechtsanwaltes:

Kanzlei Warias Friedrich-Ebert-Straße 33 in 07607 Eisenberg

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall
vom
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen 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.

Eisenberg, den

.....
(Unterschrift)