

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 denn/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Rechtsanwälte Rees, Menges und Kollegen

Offheimer Weg 46a, 65549 Limburg

Tel.: 06431 / 91 67 - 0 Fax: 06431 / 91 67 - 43

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 ärztl. Behandlung

vom _____

___ die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

_____ (einschl. der dortigen Akteneinsicht)

Der/die vorbenannte(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 (ggf. gesetzl. Vertreter)