

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten/alle Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, Behörden und Gerichte sowie

entbinde ich (genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten

Rechtsanwaltskanzlei Fischer, August-Wilhelm-Pfäffle-Straße 3, 73547 Lorch

auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

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 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 und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu erteilen, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Lorch, den

Unterschrift (gg. gesetz. Vertreter)