

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Folgende(n) benannte(n) Ärztin / Arzt / Zahnärztin / Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden

(genaue Namen, Vornamen, Anschriften der Ärzte usw.)

entbinde ich

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(genaue Namen, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift der Mandantin/des Mandanten)

hiermit von ihrer/seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und folgende/r/m/n von mir beauftragten Rechtsanwältin/Rechtsanwalt/Rechtsanwälten unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

Kleinsorge & Partner
Gildestr. 11
32760 Detmold

Diese freiwillig abgegebene Erklärung ist notwendig zur Geltendmachung von (bitte ankreuzen)

- Schadenersatzansprüche aus dem Vorfall / Unfall vom _____
- Schadenersatzansprüche aus der ärztlichen Behandlung vom _____
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
_____ (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Die/Der vorgenannte(n) Ärztin / Arzt / Ärzte, Zahnärztin / Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörigen(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden wird / werden hiermit ermächtigt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

(Ort, Datum)

Unterschrift (ggfls. gesetzlichen Vertreter)