

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die/der nachbenannte(n) Ärztin/Arzt/Ärzte, 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:

Vornamen:

Geburtsdatum:

Anschrift:

(genauer Name, 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 folgenden von mir beauftragten Rechtsanwälten unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

RAe Puder u. Lehmann • Kesselbrink 4 • 33602 Bielefeld • Telefon 0521 / 171929.

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

- Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom
- Schadenersatzansprüchen 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 Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden wird / werden hiermit ermächtigt, allen als Beteiligten in Frage 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 soll auch über meinen Tod hinaus gelten.

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift (ggfls. gesetzl. Vertreter)