

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Folgende(n) benannte(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 u.s.w.)

entbinde ich

Name: _____

Vorname(n): _____

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 folgende/r/m/n von mir beauftragten Rechtsanwältin / Rechtsanwalt / Rechtsanwälten unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

(Name, Anschrift der / des Rechtsanwältin / Rechtsanwalts / Rechtsanwälte - oder Stempel -)

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 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. gesetzl. Vertreter)

Vordruck Nr. 92 - Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe - Kurt Pönningshaus GmbH, 32549 Bad Oeynhausen (03 / 96) - Nachdruck verboten