

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

- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____
 - 5. _____
- (genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich, jederzeit widerruflich,

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

Rechtsanwaltskanzlei Wolfgang Schliecker und Dr. Christian Schliecker
Marstall 2, 67433 Neustadt
Tel.: 06321/81086 Fax: 06321/34918

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 ärztl. 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/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im unmittelbaren Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)

Nicht zutreffendes bitte streichen.