

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich _____

(Name, Vorname(n), Anschrift, Geburtsdatum)

die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte und / oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

(Jeweils Name, Vorname, Bezeichnung, Anschrift, Tel/Fax-Nr. der Ärzte/ Kliniken)

1) _____

2) _____

3) _____

von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem von mir beauftragten

**Herrn Rechtsanwalt Sacha Klement, Lumdastraße 2, 35457 Lollar
Tel. 06406/8308080. Fax: 8308086**

auf dessen Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

(bitte ankreuzen)

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall v. _____
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlg. _____
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
_____ (einschl. der dortigen Akteneinsicht).

Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

_____, den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift, gesetzl. Vertreter)