

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname, Anschrift des Arztes etc.)

entbinde ich

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Vorstehende Entbindung von der Schweigepflicht steht ausdrücklich unter der Bedingung, dass

- 1.) Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und
- 2.) dem von mir beauftragten Rechtsanwalt, **Martin Rode, Hauptstr. 414, 44653 Herne**, auf dessen Anforderung, Kopien der schriftlich erteilten Auskünfte (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist :

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Ereignis / Vorfall / Unfall

vom.....

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung

vom.....

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

..... (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

(sonstiges).....

.....

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Der/die oben angegebene(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern, welche als Beteiligte in Betracht kommen, über sämtliche Umstände (incl eventueller Vorerkrankungen) Auskunft zu erteilen, sofern diese mit dem oben genannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Vorstehende Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

.....

- Ort, Datum -

.....

- Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter) -