

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

Name des Arztes:

Anschrift:

PLZ / Ort:

entbinde ich

Name:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Anschrift:

PLZ / Ort:

hiermit von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und folgenden von mir beauftragen Rechtsanwälten unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden

Rechtsanwälte Seliger, Ketzinger, Hoffmann, Stapenhorststraße 1, 33615 Bielefeld

Die freiwillig abgegebene Erklärung ist notwendig zur Geltendmachung von

- Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom
- Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

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, 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 (ggf. gesetzl. Vertreter)