

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/der von mit beauftragten Rechtsanwalt

RA Clemens Martin, Rheinstrasse 106, 65185 Wiesbaden

auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

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 Sozialversicherungsträger
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, alle als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialversicherungsträgern 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.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)