

Entbindung der Schweigepflicht

Lorsbächer, Dirk | Hufen-Fischer, Bärbel

Mannheimer Straße 192 | 69123 Heidelberg | Fon 06221 . 75 78 60 | Fax 06221 . 75 78 620

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahn und/oder Angehörigen anderer Heilberufe, sowie Bediensteten von Krankenhäusern, Kliniken und Behörden

Arzt

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

entbinde ich

Mandanten

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb. Datum: _____

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und dem/die von mir beauftragte Rechtsanwalt/Rechtsanwälte auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Lorsbächer, Dirk | Hufen-Fischer, Bärbel

Mannheimer Straße 192 | 69123 Heidelberg | Fon 06221 . 75 78 60 | Fax 06221 . 75 78 620

Aus folgendem Anlass:

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall/Vorfall 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 Krankenhäusern, Kliniken und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälte/

Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umfänge – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem oben genannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum _____ Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter) _____