

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

entbinde ich:

Vorname /Name:

Straße:

--

Postleitzahl:

--

Ort:

--

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

Name und Anschrift der beauftragten Rechtsanwälte:

Olaf Schmitz und Britta Riegelmann

Bielefelder Str. 8

33175 Bad Lippspringe

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall

vom

--

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom

--

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträgern (einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

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

--	--

Datum:

Unterschrift: