

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

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte etc.)

entbinde ich

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt oder dem von mir beauftragten Rechtsanwalt Michael Lerch, c/o Rechtsanwälte Lerch und Kollegen, Kreuzberger Ring 18A, 65205 Wiesbaden, auf dessen Anforderung mündlich oder schriftlich erteilt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärungen ist:

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/ Unfall

vom
(Datum)

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung

vom
(Datum)

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

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 und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu erteilen, die mit dem vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort / Datum

.....
Unterschrift des Auftraggebers/Mandanten, ggfs. mit Firmenstempel