

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 u.s.w.)

entbinde ich

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

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

Rechtsanwalt Boris Meyer
Münchener Str. 19
85540 Haar

auf dessen Anforderung Kopien zuzusenden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall

vom _____

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, sofern diese mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Haar, den

Unterschrift