

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder andere Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

(Name, Vorname und Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten und unten genannten Rechtsanwalt auf dessen Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.

**Rechtsanwältin Tanja Schulz, Zossener Damm 26a, 15827 Blankenfelde
Tel. 03379 – 322 2034 * Fax 03379 – 322 2035**

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 ärztlichen Behandlung vom _____
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger _____
(einschl. der dortigen Akteneinsicht)

Der/die vorgenannten Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-anwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschl. Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)