

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte/des Krankenhauses usw.)

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des/der Patient/en/in)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie (ggf. gegen Erstattung der Auslagen) übersandt werden:

Rechtsanwalt Marcel Pollmann, Bahnhofstr. 1, 47574 Goch

Anlass dieser Erklärung ist (bitte Zutreffendes ankreuzen)

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall Vorfall vom _____

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus ärztlicher Behandlung vom _____

anderer Vorfall: _____

Die oben genannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände Auskünfte zu erteilen, die mit dem oben genannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift, ggf. des gesetzlichen Vertreters)