

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte, usw.)

entbinde ich

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

hiermit von seiner/ ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung,
dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt auf des-
sen Anforderung in Kopie (gegen Auslagerstattung) zugesandt werden.

Rechtsanwaltssozietät
Ewald Kober und Ulrich Kettler
Meisenweg 12
49434 Neuenkirchen-Vörden

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 Sozialleistungsträger
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- _____

Der/ die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Kranken-
anstalten und Behörden ist/ sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versiche-
rungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/ Rechtsanwältin-
nen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Aus-
kunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen kön-
nen. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)