

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

.....
.....
.....
.....
.....

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 (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden.

**Rechtsanwalt
Tobias Reulecke
Dornbergsweg 39a
38855 Wernigerode**

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 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, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift

(ggf. gesetzlicher Vertreter)