

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich (genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden (genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte usw.)

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

Rechtsanwalt Roland Klein, Steinbachtal 2b, D-97082 Würzburg
Telefon: (0931) 8049258-0, Telefax: (0931) 8049258-350
www.kanzlei-rolandklein.de, info@kanzlei-rolandklein.de

auf dessen Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.

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 ärztl. Behandlung vom
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger (einschl. der dortigen Akteneinsicht)
- Sonstiges:

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 (soweit erforderlich: gesetzlicher Vertreter)

Aktenzeichen: _____