

**Rechtsanwälte
Dr. Schmidt & Kollegen
Aschaffener Str. 94 b
63500 Seligenstadt**

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannte(n) Zahnarzt/Zahnärzte, Arzt/Ärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

(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 dessen Aufforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

*Rechtsanwälte
Dr. Schmidt & Kollegen
Aschaffener Str. 94 b
63500 Seligenstadt*

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen)

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall/Vorfall vom _____

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. 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 können. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)