

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 usw.)

entbinde ich

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter Bedingungen, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung Kopie (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

**Rechtsanwälte Stefan Eichner und Carsten Eichner, Schmiedgasse 1, 88512 Mengen
Fon: 0 75 72 / 76 71 78 – 0, Fax: 0 75 72 / 76 71 78 – 5**

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 Aktenzeichen)
-

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 sehen können. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)