

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für 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

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

nach umfassender Unterrichtung über die gesetzliche Schweigepflicht hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage,

1. den Rechtsanwälten Heinz, Peters, König, Westring 295, 44629 Herne

2.

auf dessen/deren Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

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 gegen 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 in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Name und Unterschrift gesetzliche/r
Betreuer/in: _____
