

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige 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 der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/der beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/derer Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

**Rechtsanwälte
Wieschemann - Karmeinsky - Wiebelt
Am Altenhof 8
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631 / 364990**

Anlass für die Notwendigkeit dieser 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 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 können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)