

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

(Name, Vorname und Anschrift der Ärzte)

entbinde ich (**Mandant**, bitte in Druckschrift)

Vorname _____

Name _____

Strasse _____

Ort _____

Geburtsdatum _____

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

Rechtsanwalt Wolfgang Hausen

Lindenweg 1, 76275 Ettlingen

Tel: 07243/52458-0, Fax: 07243/52458-11, E-Mail Sekretariat: kanzlei@ra-hausen.com

auf dessen 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 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.

Datum _____

Ort _____

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)