

ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Mandanteninformationen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich entbinde folgende Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden (Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.):

von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Voraussetzung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

**Hübner & Schwing
Kasseler Straße 14
63110 Rodgau**

auf Anforderung – gegen Auslagererstattung – Kopien zur Verfügung gestellt werden. Diese freiwillig abgegebene Erklärung steht im Zusammenhang mit der Geltendmachung von (bitte ankreuzen)

- Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom
- Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Die vorgenannten Ärzte, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern alle Auskünfte zu geben – einschließlich Vorerkrankungen –, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ort und Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)