

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Den / die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, 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 von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Rechtsanwälte
Wöhrle & Schick
Kreuzstraße 31-33
55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 / 29 83 26 0
Fax: 0671 / 29 83 26 26
Email: info@ws-anwaelte.de
(Anschrift des beauftragten Rechtsanwalts)

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von (Schadensersatz-)Ansprüchen (bitte ankreuzen)

aus dem Schadensfall / Vorfall / Unfall vom

aus der ärztlichen Behandlung vom

gegenüber dem Sozialleistungsträger
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Der/die vorgenannte(n) der Heilberufe und Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligten in Betracht kommenden, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen, Versicherungsgesellschaften 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.

_____, den _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters))