

Schweigepflichtentbindungserklärung

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

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

Arndt & Urban Rechtsanwälte & Steuerberater PartG (AG Rostock PR 86) sowie zugleich deren Partnern, Herrn RA Thomas Arndt, Herrn RA Malte Urban sowie Herrn RA/StB Thomas Anderleit,

auf deren Anforderung hin Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen)

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom _____
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen 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 Mandant