

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 und angestellten Rechtsanwälten

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