

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder andere Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte u.s.w.)

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten und unten genannten Rechtsanwalt auf dessen Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.

Rechtsanwalt Andreas Arno Glauch, Bahnhofstraße 10, 02625 Bautzen

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 ärztlichen Behandlung vom

() Die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

() _____

Der/die vorgenannten Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungs-gesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-anwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

_____, den _____

- Unterschrift (soweit erforderlich: gesetzlicher Vertreter) -