

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift usw.)

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Rechtsanwalt Jan Manshardt, Friedrichstraße 94, 10117 Berlin

(Name, Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalts/Rechtsanwältin usw.)

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

☐ die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom :

☐ die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom:

☐ die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger, einschl. 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 Versicherungsgesellschaften, Versicherungsmaklern, 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 (ggf. gesetzlicher Vertreter)