

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte)

entbinde ich

hiermit von seiner/ ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/ der von mir beauftragten Rechtsanwalt/ Rechtsanwältin auf dessen/ deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Kanzlei am Amtshaus, Am Amtshaus 18, 44359 Dortmund
Rechtsanwälte W. Peter Exner, Kai Neuvians, Thomas Syben.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/ Unfall vom ___-___-201__.
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom ___-___-201__.
- 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 vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Dieser Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum