



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

(vollständiger Name, Anschrift der genannten Ärzte etc.)

entbinde ich

(vollständiger Name, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt der Sozietät Sahin & Sahin, Rodigallee 193, 22043 Hamburg auf Anforderung in Kopie zugesandt werden; dies ggf. gegen Auslagererstattung.

(Name des beauftragten Rechtsanwalts)

Der Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom _____ (Datum)
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____ (Datum)
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- Folgendes: _____

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

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. des gesetzlichen Vertreters