



W E G N E R

Rechtsanwälte

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 der Ärzte usw.)

entbinde ich

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

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 Auslagererstattung) zugesandt werden.

Herr Rechtsanwalt
Martin Wegner
Bismarckstraße 91
67059 Ludwigshafen

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwilligen Erklärung ist (bitte ankreuzen).

- 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 _____ mit dem dortigen Aktenzeichen
- _____

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 (ggf. gesetzl. Vertreter)