



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin 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 Aufforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Rechtsanwalt Martin Wegner

Rechtsanwalt Markus Zorn

Rechtsanwältin Tanja Rößiger

Bismarckstraße 91
67059 Ludwigshafen

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwilligen Erklärung ist

Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom

Die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

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)