

Erklärung

über Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Mandanten:

Ich entbinde folgende Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden (Namen, Anschrift der Ärzte usw.):

von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Voraussetzung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Anwaltskanzlei

Rechtsanwälte Gerwing, Nonnenmacher, Göken, Alte Mühlenstraße 11, 26169 Friesoythe

auf Anforderung - gegen Auslagenerstattung - Kopien zur Verfügung gestellt werden.

Diese freiwillig abgegebene Erklärung steht im Zusammenhang mit der Geltendmachung von

- () Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
- () Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- () Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Die vorgenannten Ärzte, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern alle Auskünfte zu geben - einschließlich Vorerkrankungen -, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Die Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)