
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

entbinde ich

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt:

RA-Kanzlei Schulenberg & Simon, Hallerstraße 54, 20146 Hamburg-Rotherbaum

auf dessen/deren Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom: _____

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 Unfall im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)