

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht in Heilberufen

In Sachen

.....

wegen

.....

entbinde ich,

.....

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/ Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden, und zwar

.....

(Vorname, Name, Anschrift des Arztes etc.)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten **Rechtsanwalt Dr. jur. Werner Klughardt, Rosenheimer Str. 31, D-83080 Oberaudorf**, auf seine Anforderung in Kopie zugesandt werden. Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Ansprüchen (bitte ankreuzen)

- aus dem Vorfall/Unfall vom
- aus der ärztlichen Behandlung vom
- gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschl. der dortigen Akteneinsicht)
- folgender Art:

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 und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

.....

(Datum, Unterschrift)