

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten):

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden (Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin der Kanzlei

Dr. Doganay & Doganay
Notare Rechtsanwälte Fachanwälte
Biebricher Allee 163
65203 Wiesbaden

auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegeben Erklärung ist

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

(Datum)

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. gesetzlicher Vertreter)