

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

Name

Straße

PLZ Ort

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

Name, Vorname, Anschrift

Geburtsdatum

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht und bitte um Erteilung schriftlicher Auskünfte, insbesondere um Erstellung von Arztberichten an die beauftragten Rechtsanwälte:

FENDERL Rechtsanwälte
Karlstr. 19
63739 Aschaffenburg
Tel: 06021 386650, Fax: 06021 3866511

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen):

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)