

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte und /oder angehörig(en) anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte u.s.w.)

entbinde ich

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten

Stache – Rechtsanwälte
Gasteiner Str. 6
10717 Berlin
Tel./Fax: 030/863075 –0 / - 30

zur Verfügung gestellt werden.

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

Der/die vorgenannte(n) Angehörig(e) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, der in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaft sowie der oben genannten Rechtsanwaltskanzlei Auskunft zu geben, soweit es für den vorgenannten Schadensfall erforderlich ist. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift