

Schweigepflichtentbindungserklärung

Nachfolgend benannte Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenkassen und Behörden:

entbinde ich

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Anschrift)

von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Die Auskunft soll schriftlich erteilt werden. Ich bitte darum, die Auskunft den von mir beauftragten, nachstehenden Rechtsanwälten zu übersenden.

BLUME/KISCHKO	RECHTSANWÄLTE
Am Mühlentor 4 17489 Greifswald Telefon: 03834-77 30 26 Telefax: 03834-77 30 27	

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

- Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Ereignis/Unfall vom _____
- Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus ärztlicher Behandlung vom _____
- Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Versicherungen, einschließlich Akteneinsicht
- _____

Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenkassen und Behörden 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 im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)