

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte sowie Zahnarzt/Zahnärzte

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.) 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 der von mir beauftragten Rechtsanwältin

Daniela Pohle

Rechtsanwältin

Mariendorfer Damm 26 • 12109 Berlin
Tel.: 030 / 75 79 21 – 0 • Fax 030 / 75 79 21 - 23

in Kopie zugesandt werden.

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).
-

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sind befugt, der _____
_____ sowie Rechtsanwältin Daniela Pohle 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. gesetzl. Vertreter)