

Schweigepflichtentbindungserklärung

Den / die nachfolgend benannten Arzt / Ärzte, Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

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

entbinde ich

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

hiermit von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Alle Auskünfte sollen der von mir beauftragten

Anwaltskanzlei Alexander Jeroch
Konstanzer Straße 55
10707 Berlin

auf Anforderung in Kopie zugesandt werden. Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

- 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

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. gesetzl. Vertreter)