

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannte(n) Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie von Krankenhäusern, Kliniken und Behörden

(Name, Vorname und Anschrift der Ärzte, Arztpraxis, Krankenhaus)

entbinde ich

(Name, Anschrift und Geburtsdatum)

hiermit von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung der schriftlichen Auskunftserteilung und unter der Auflage der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

GOLLMANN
BROSCHKE
HEINLEIN 
Rechtsanwälte
Halderstraße 25 · 86150 Augsburg
Tel. 08 21-344 92-10 · Fax 344 92-20

auf Anforderung Fotokopien der Befunde, Untersuchungsberichte und sonstigen medizinischen Unterlagen (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung erteile ich zur (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Ereignis/Unfall vom _____
- Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom _____
- Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
- _____

Der/die vorgenannte/n Angehörige/n der Heilberufe sowie Bedienstete/n von Krankenhäusern, Kliniken und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Rechtsanwälte/innen, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern Auskunft über alle in Zusammenhang mit dem vorbenannten Ereignis stehenden Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu erteilen.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Erklärenden bzw. des gesetzlichen Vertreters)