

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht in Heilberufe

Akte:

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

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

entbinde ich

hiermit von seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Rechtsanwalt Claudio La Malfa, Kirchstr. 3, 79312 Emmendingen

(Name, Anschrift des beauftragten Rechtsanwalts)

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

Der/die vorgenannte(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.

Emmendingen, den _____

Unterschrift