

Erklärung

über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Mandanten:

I. Ich willige ein, dass die

meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z. B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

II. Ich entbinde folgende Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden (Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.):

von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Voraussetzung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Kanzlei

Rechtsanwälte und Notare kramicz I gruber
Haßlocher Str. 18, 65428 Rüsselsheim
Tel.: 06142/8284-0, Fax: 06142/8284-44

Kopien zur Verfügung gestellt werden.

Diese freiwillig abgegebene Erklärung steht im Zusammenhang mit der Geltendmachung von (bitte ankreuzen)

Schadenersatzansprüchen aus Unfall / Vorfall _____

Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Die vorgenannten Ärzte, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Straferfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern alle Auskünfte zu geben - einschließlich Vorerkrankungen -, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung geht auch über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift