Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

Anschrift des Arztes/Ärzte:

	1.	2.	3.
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
Straße:	_____	_____	_____
Ort:	_____	_____	_____
Telefon:	_____	_____	_____

entbinde ich:

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____ Geboren am: _____ in _____
Ort: _____ Geborene(r) _____
Telefon: _____

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

Anschrift des/der beauftragten Rechtsanwalts/Rechtsanwältin:

Oliver H. Traxel
Rechtsanwalt
Damaschkeweg 12
24113 Kiel

Anlass für die Notwendigkeit der freiwilligen Entbindung der Schweigepflicht ist:

O die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom _____
O die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom _____
O die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegenüber dem Sozialträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
O Sonstiges _____

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligten in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/ Rechtsanwältinnen und Sozialträgern 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)