



ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT DER HEILBERUFE

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

.....
.....
.....
.....

[genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte, usw.]

entbinde ich

.....
Vorname, Name

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

RECHTSANWÄLTE

Dr. Frank Tykwer, Kai Mecke, Andreas Stegemann, Hendrik Palm und Rouven Söchtig
Limperstrasse 19
45657 Recklinghausen

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwilligen abgegebenen Erklärung ist

[nicht zutreffendes streichen]

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

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 Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbezeichneten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift [ggf. gesetzl. Vertreter]