

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**

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

└

└

entbinde ich

└

└

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

RAdirekt Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Boxbergweg 1
66538 Neunkirchen

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen):

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

Ort, Datum

Unterschrift