

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

(vollständiger Name, Anschrift der genannten Ärzte etc.)

entbinde ich

(vollständiger Name, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt der Sozietät Sommer & Sommer, Rathausstraße 13, 20095 Hamburg auf Anforderung in Kopie zugesandt werden; dies ggf. gegen Auslagererstattung.

(Name des beauftragten Rechtsanwalts)

Der Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom _____ (Datum)
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____ (Datum)
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- Folgendes: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. des gesetzlichen Vertreters

Bitte senden Sie diese Vollmacht ausgefüllt und unterzeichnet im Original an unserer Kanzleiadresse zurück:

Sommer & Sommer Rechtsanwälte, Rathausstraße 13, 20095 Hamburg

In dringlichen Angelegenheiten schicken Sie sie bitte zusätzlich vorab:

Per Fax: 040 – 358 92 27

Per E-Mail: kanzlei@sommer-ra.de