
(Vorname, Name des Mandanten)

(Geburtsdatum)

(Straße, Haus-Nr.)

(PLZ, Ort)

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 und der von mir beauftragten Rechtsanwältin auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

**Frau Rechtsanwältin Nicola Bähr-Heinen, Eichendorffstraße 1, 69207 Sandhausen
Telefon: 06224-17 53 30**

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 -----
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
-

Diese Entbindungserklärung gilt gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, sowie gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften. Sie gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)