

Schweigepflichtentbindungserklärung für Heilberufe

Hiermit entbinde ich

.....
Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum

.....
gesetzlich vertreten durch, Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum

die folgenden Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

.....
Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum (Bezeichnung und Anschrift des Krankenhauses)

von ihren gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflichten, jedoch nur, wenn die Auskünfte schriftlich erteilt werden und der Rechtsanwaltskanzlei Petra Drobbner-Müller und Jürgen Müller, Herner Str. 46, 44575 Castrop-Rauxel, auf dessen Anforderung hin Kopien übersandt werden.

Die Entbindungserklärung erfolgt aus folgendem Anlaß (Bitte ankreuzen):

- Rechtsstreitigkeiten aus dem Vorfall/Unfall vom
- Rechtsstreitigkeiten aus der ärztlichen Behandlung vom
- Rechtsstreitigkeiten mit dem Sozialleistungsträger
-

Ich gestatte hiermit den o. g. Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände, einschließlich Vorerkrankungen, Auskunft zu geben, die mit dem o. g. Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift
(ggf. gesetzlicher Vertreter)