

	 www.ra-jens-weise.de	RA Jens-Tilo Weise Markt 7 16798 Fürstenberg Tel.: 033093 614670 Fax: 033093 6146717	Zustellungen bitte nur an den Bevoll- mächtigten !
---	---	--	---

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

den/die nachfolgend benannte(n) Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalt(en) und Behörde(n)

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

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit gegenüber der von mir beauftragten Kanzlei

Rechtsanwalt Jens-Tilo Weise

Markt 7

16798 Fürstenberg/Havel

von seiner gesetzlichen Schweigepflicht.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

- ☐ die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Verkehrsunfall/Vorfall vom _____
- ☐ die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus ärztlicher Behandlung vom _____
- ☐ die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____ (einschließlich der dortigen Akteneinsicht).

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstet(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 könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)