

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Rechtsanwalt Thomas Sturm
Arnulfstraße 2, 80335 München
Tel.: 089 / 7201 5002; Fax.: 089 / 7201 6076
E-Mail: ra-sturm@ra-sturm.com

Den/ die nachfolgend benannten Arzt/ Ärzte, Zahnarzt/ Zahnärzte und/ oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden
(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte etc.)

entbinde ich (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Mandanten)

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

Rechtsanwalt Thomas Sturm
Arnulfstraße 2
80335 München

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärungen ist:

() 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.

Der/die vorgenannte (n) Angehörige (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 erteilen, die mit dem vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

_____, den ____ . ____ . ____

(Mandant/Mandantin)