
(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 den

Rechtsanwälten Dr. Jung und Partner, Kölner Straße 131, 41539 Dormagen

auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

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)