

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für Heilberufe

Ich

Name

Adresse

Geburtsdatum

entbinde hiermit freiwillig die nachfolgende benannten Ärzte/Zahnärzte/und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Behörden oder Kliniken

gegenüber meiner Rechtsanwältin **Frau Dr. Birgit Schröder, Alsterarkaden 12, 20354 Hamburg** von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte der von mir beauftragten Rechtsanwältin auf deren Aufforderung in Kopie gegen Auslagenerstattung zugesandt werden.

Anlass für die Abgabe dieser Erklärung:

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger, einschließlich der dortigen Akteneinsicht
- Weiteres

Die o.g. Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Kliniken und Behörden sind befugt, allen als Beteiligten in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände, einschließlich evt. Vorerkrankungen, Auskunft zu geben, die mit dem o.g. Anlass im Zusammenhang stehen/stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift



Dr. Birgit Schröder
Telefon 040 / 40186635
kanzlei@dr-schroeder.com

Alsterarkaden 12
Fax 040 / 40186706

20354 Hamburg
Mobil 0171 / 3489553
www.dr-schroeder.com