



ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT FÜR HEILBERUFE

Ich

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	Ort, PLZ	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		

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

Name	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>

gegenüber meinen Rechtsanwältinnen **Dr. Birgit Schröder, Sabrina Krüger, Colonnaden 19, 20354 Hamburg und deren Beauftragte** von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte der von mir beauftragten Rechtsanwältinnen 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 einer ärztlichen Behandlung
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger, einschließlich der dortigen Akteneinsicht
- Weiteres

Ort, Datum

Unterschrift

Die o.g. Angehörigen der Heilberufe sowie Bedienstete von Kliniken und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte 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.