

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Nachfolgend benannten Arzt /Ärzte, Zahnarzt /Zahnärzte und / oder Angehörigen anderer Heilberufe
sowie Bediensteten von Krankenhäusern und Behörden

entbinde ich

hiermit von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die
Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem / der von mir beauftragten Rechtsanwalt auf dessen
Anforderung in Kopie zugesandt werden, wobei eine Auslagenerstattung stattfindet.

Rechtsanwaltskanzlei **Michael Oswald**
Gosebrinks Eck 15, 31515 Steinhude
☎ 0 50 33 / 15 00 📠 0 50 33 / 26 02

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ☑):

Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Unfall bzw. Vorfall vom

Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom

Die Geltendmachung _____

Der / die vorgenannten Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenhäusern und
Behörden ist / sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften,
Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten /Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern
über alle Umstände -einschließlich etwaiger Vorerkrankungen- Auskunft zu geben, die mit dem
vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen
Tod hinaus.

Wunstorf, _____

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)