

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannte(n) Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalt(en) und Behörde(n)

entbinde ich,

hiermit gegenüber der von mir beauftragten Kanzlei

ADVOKOLB[®] RECHTSANWÄLTE – RA ERNST ANDREAS KOLB
HARDENBERGSTR. 7, 10623 BERLIN, TEL. (030) 804 97 -353
DEREN AKTENZEICHEN: Z-11.311/12

von seiner/ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Verkehrsunfall/
Vorfall vom _____.
- die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus ärztlicher 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 und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)