

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

sämtliche mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte sowie Angehörigen anderer Heilberufe und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem

Rechtsanwalt Henry Schlenker, Kirchstraße 22, 16225 Eberswalde

unter der Bedingung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem vorbenannten Rechtsanwalt auf dessen Anforderung in Kopie zugesandt werden.

Die nachfolgend näher bezeichneten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände einschließlich Vorerkrankungen Auskunft zu geben, die mit dem nachfolgend näher bezeichneten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Betrifft stationäre/ambulante Behandlung bei:

(genaue Anschrift der betreffenden Ärzte sowie Behandlungszeitraum angeben)

Anlass dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

Unfallereignis vom _____

Geltendmachung einer Versicherungsleistung

Geltendmachung von Schadenersatz aus ärztlicher Behandlung vom _____

Geltendmachung von Schadenersatz gegenüber dem Sozialleistungsträger

Auskünfte über den Gesundheitszustand im Rahmen eines zivil- oder strafrechtlichen Verfahrens

(Ort, Datum)

(Unterschrift, ggf. gesetzl. Vertreter)