

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich

[genauer Name, Vorname, Geburtsdatum des Mandanten]

sämtliche nachfolgend benannte/n Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

[genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.]

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage,

der Dr. Konrad, Richter & Partner Rechtsanwälte PartG mbB
Köhnenstr. 11, 47051 Duisburg
Telefon: 0203-2890560, Telefax 0203-2808789, E-Mail: kanzlei@raekonrad.de

auf deren Anforderungen Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

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, sonstige Behörden Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen 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)]