

BOGDANOW & KOLLEGEN

Hamburg - München - Berlin - Heidelberg - Verl

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Sämtliche Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, soweit deren Aussagen/Angaben bzw. Krankenunterlagen für die Entscheidung des Rechtsstreits von Bedeutung sind,

entbinde ich

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Genauer Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift der Mandantin/des Mandanten)

hiermit von ihrer/seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und folgenden von mir beauftragten Rechtsanwälten unaufgefordert in Kopie – gegen Auslagerstattung – zugesandt werden.

Beauftragte Rechtsanwaltskanzlei:

Bogdanow & Kollegen, Hansastraße 9, 20149 Hamburg

Diese freiwillig abgegebene Erklärung ist notwendig zur Geltendmachung von (bitte ankreuzen)

- Schadenersatzansprüchen aus einem Vorfall/Unfall vom:
- Schadenersatzansprüchen aus einer ärztlichen Behandlung vom:
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- Sonstige Umstände (bitte benennen):

Die Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden werden hiermit ermächtigt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte und Sozialleistungsträger über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

(Ort, Datum)

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE: KAPITALANLAGERECHT, MEDIZINRECHT, BU-VERSICHERUNGSRECHT, GESELLSCHAFTSRECHT