

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Folgende(n) benannte(n) Ärztin / Arzt / Ärzte, Zahnärztin / Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden

entbinde ich

Name:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Anschrift:

hiermit von ihrer / seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der **Bedingung**, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und folgende/r/m von mir beauftragten Rechtsanwältin /Rechtsanwalt / Rechtsanwältinnen unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

den Rechtsanwälten Kai-Uwe Gellermann,
Birgit Lemme, Anja Gellermann, Elke Siegmann, Richard Heller

Diese freiwillig abgegebene Erklärung ist notwendig zur Geltendmachung von

- Schadenersatzansprüchen aus dem Unfall / Ereignis vom _____
- Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

- sonstiges: _____

Die / der vorgenannte(n) Ärztin / Arzt / Ärzte, Zahnärztin / Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden wird / werden hiermit ermächtigt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwältinnen / Rechtsanwälten und sonstigen Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

Ort, Datum

Unterschrift – (ggf. des gesetzl. Vertreters)