



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

1. Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten Rechtsanwälten Brandt, Weinreich & Abel, auf deren Anforderung in Kopie zugesandt werden an nachfolgende Anschrift:

- Siegfried-Marcus-Straße 45, 17192 Waren (Müritz)
- Walter-Block-Straße 13, 17139 Malchin
- Südbahnstraße 2, 17033 Neubrandenburg

2. Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schmerzensgeldansprüchen aus dem Unfall/Vorfall vom _____ .
3. Der bzw. die unter 1. genannten Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, 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)