

DR. DOGANAY & DOGANAY

NOTARE | RECHTSANWÄLTE | FACHANWÄLTE

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Hiermit entbinde ich

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

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

- 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Dr. Doganay & Doganay
Notare Rechtsanwälte Fachanwälte
Biebricher Allee 163
65203 Wiesbaden

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebene Erklärung ist

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

(Datum)

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, 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)