

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

ANWALTSKANZLEI
WALTER M. HUBER

OBERE HAUPTSTRASSE 10 TEL: 08161-53 88 9-0
D-85354 FREISING FAX: 08161-53 88 9-1

SERVICETEL & FAX: KANZLEI@RA-HUBER.DE
0700-CALL HUBER
0700-2255 48237



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

Vorname, Name:
Adresse:
Geburtsdatum:

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und der von mir beauftragten Anwaltskanzlei Walter M. Huber, Obere Hauptstraße 10, 85354 Freising, auf deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

<input type="checkbox"/> die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom:
<input type="checkbox"/> die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom:
<input type="checkbox"/> die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsanstalten, 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