

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte

.....
.....
.....
.....

(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer des Arztes/der Ärzte)

entbinde ich

.....
.....
.....

(Vorname, Name, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung,
dass die Auskünfte
nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, der von mir beauftragten

**Anwaltskanzlei Volker Mester
Poststraße 14, 32584 Löhne**

auf deren Aufforderung Kopien zuzusenden. Auslagen werden selbstverständlich
übernommen.

**Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte
ankreuzen):**

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger
- (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)
- anderes:.....

Der/die vorgenannte(n) Arzt/Ärzte ist/sind befugt, allen als Beteiligten 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)