

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

In Sachen

_____ ./ _____

wegen meiner Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag vom ____ . ____ . 20__ bis ____ . ____ . 20__
entbinde ich den/ die nachfolgend benannten Arzt/ Ärzte, Zahnarzt/ Zahnärzte und/ oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden, und zwar

Frau/ Herrn _____

sowie

Frau/ Herrn _____

und/ oder dessen Vertreter und weitere Behandler während der Behandlung/ OP und der Nachsorge hiermit von seiner/ ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und davon gegen Auslagererstattung jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten

Rechtsanwalt Christoph Fleischmann, Brüder-Grimm-Straße 13, 60314 Frankfurt am Main

zugesandt werden. Anlaß für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen) die Geltendmachung von Ansprüchen **gegen** _____

- aus dem Vorfall/ Unfall vom _____
- aus der zahn-/ ärztlichen Behandlung vom ____ . ____ . 20__ bis ____ . ____ . 20__
- gegenüber dem Sozialleistungsträger
- gegenüber der Krankenversicherung / Krankenkasse
- folgender Art _____

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 und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlaß in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Datum, Unterschrift)