

Maik Schütrumpf und Stefan Grohs
Rechtsanwälte

Untere Marktstraße 3 44787 Bochum
Fon 02 34. 41 74 78 -20, Fax -23

info@sg-ra.de
www.sg-ra.de

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT DER HEILBERUFE

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, Vornam, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten Rechtsanwälten in Kopie (gegen Auslagerstattung) zugesandt werden.

RECHTSANWÄLTE
Maik Schütrumpf und Stefan Grohs
Untere Marktstraße 3 44787 Bochum
Fon 02 34. 41 74 78 -20, Fax -23

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

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

Der/die vorgenannte(n) Angehörige 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 Vorerkrankten - 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. gesetzl. Vertreter)