

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

.....

.....
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

meinen behandelnden Arzt,

.....

.....

.....
(Name, Vorname, Anschrift des Arztes)

von seiner / ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und den von mit beauftragten

Rechtsanwälten
Andreas Kaiser
Claudia Kaiser
Mariendorfer Damm 73, 12109 Berlin

auf deren Anforderung in Kopie zugesandt werden.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung vom Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom

.....

Der / die oben genannte Arzt / Ärztin sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden ist / sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände einschließlich etwaiger Vorerkrankungen Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass in unmittelbarem Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (ggfls. ges. Vertreter)