

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder andere Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

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

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten und unten genannten Rechtsanwalt auf dessen Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.

**Rechtsanwalt Jörg Arthecker-Sonnenburg,
Arsenalstraße 27, 19053 Schwerin**

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 ärztlichen
Behandlung vom

()
die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger
_____ (einschl. der dortigen
Akteneinsicht)

()

Der/die vorgenannten Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von
Krankenanstalten und
Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden
Versicherungsgesellschaften,
Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-anwältinnen und
Sozialleistungsträgern über
alle Umstände - einschl. Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem
vorbenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese **Erklärung** gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (soweit erforderlich: gesetzlicher Vertreter)