

***ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG
VON DER
SCHWEIGEPFLICHT DER HEILBERUFE***

DEN/DIE NACHFOLGEND BENANNTE(n) ARZT/ÄRZTE, ZAHNARZT/ZAHNÄRZTE, TIERARZT/TIERÄRZTE UND/ODER ANGEHÖRIGEN ANDERER HEILBERUFE SOWIE BEDIENTETEN VON KRANKENANSTALTEN UND BEHÖRDEN (INSBESONDERE KRANKENKASSEN)

(GENAUER NAME, VORNAME, ANSCHRIFT ETC.)

ENTBINDE ICH

(GENAUER NAME, VORNAME, ANSCHRIFT UND GEBURTSDATUM DES MANDANTEN)

HIERMIT VON SEINER/IHRER GESETZLICHEN UND/ODER VERTRAGLICHEN SCHWEIGEPFLICHT UNTER DER BEDINGUNG, DASS DIE AUSKÜNFTEN NUR SCHRIFTLICH ERTEILT UND DEM VON MIR BEAUFTRAGTEN

RECHTSANWALT MICHAEL HOFFMAN, LINDLAUSTRASSE 19, 53842 TROISDORF,

AUF DESSEN ANFORDERUNG IN KOPIE (GGF. GEGEN AUSLAGENERSTATTUNG) ZUGESANDT WERDEN.

ANLASS FÜR DIE NOTWENDIGKEIT DIESER FREIWILLIG ABGEBEBENEN ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT IST:

DIE GELTENDMACHUNG VON ANSPRÜCHEN AUS DEM VORFALL/UNFALL VOM _____

DIE GELTENDMACHUNG VON ANSPRÜCHEN AUS DER _____ BEHANDLUNG VOM _____

DIE GELTENDMACHUNG VON ANSPRÜCHEN GEGENÜBER DEM SOZIALLEISTUNGSTRÄGER (EINSCHLIEßLICH DER DORT ERFORDERLICHEN AKTENEINSICHT).

{ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN BZW. SONSTIGEN GRUND ANGEBEN}

DER/DIE VORGENANNT(E) ANGEHÖRIG(E) DER HEILBERUFE SOWIE BEDIENTETE(N) VON KRANKENANSTALTEN UND/ODER BEHÖRDE(N) 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 VORGENANNTEN ANLASS IN ZUSAMMENHANG STEHEN, STEHEN KÖNNEN ODER STEHEN KÖNNTEN. DIESE ERKLÄRUNG GILT ÜBER MEINEN TOD HINAUS.

_____, DEN _____

(UNTERSCHRIFT DES MANDANTEN BZW. DES GESETZLICHEN VERTRETERS)

