

Anwaltskanzlei Daniela Müller

Am Markt 7
33803 Steinhagen
05204/890970

Ravensberger Straße 30
33602 Bielefeld
0521/522060



Erklärung über die Entbindung von
der Schweigepflicht der Heilberufe

Folgende(n) benannte(n) Ärztin/Arzt/Ärzte, Zahnärzte/Zahnarzt/Zahnärzte und / oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden

entbinde ich

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

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

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- der folgenden von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei

Anwaltskanzlei Daniela Müller

**Am Markt 7
33803 Steinhagen
05204/890970**

**Ravensberger Straße 30
33602 Bielefeld
0521/522060**

unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Diese freiwillig abgegebene Erklärung ist notwendig zur Geltendmachung von

- Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall / Unfall vom _____
- Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
- ... _____

Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift ggfls. gesetzlicher Vertreter)