

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

entbinde ich

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, daß die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/den von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwälten auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagererstattung) zugesandt werden.

Name und Anschrift der beauftragten Rechtsanwälte:

**Rechtsanwälte Kotz
Hans Jürgen und Christian Gerd Kotz
Siegener Straße 104
57223 Kreuztal**

Anlaß für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

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

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände - einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)