

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

Arzt 1:

Arzt 2:

Arzt 3:

Arzt 4:

entbinde ich

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

Name und Anschrift des beauftragten Rechtsanwalts:

Rechtsanwalt Jörg Fitzner

Wustrower Str.20, 13051 Berlin,

Tel. 030/ 50 18 30 70, Fax: 030/ 50 18 30 71

info@kanzlei-fitzner.de

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall

vom ____ . ____ . ____ .

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