

.....
(Vorname, Familienname)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

Entbindung von der Verschwiegenheitsverpflichtung

Der/die Unterzeichner(in) entbindet hiermit den/die nachstehend genannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte, Therapeuten, Angehörigen anderer Heilberufe und Mitarbeiter von Behörden, Krankenkassen, Krankenhäusern sowie sonstiger ambulanter und stationärer Behandlungseinrichtungen

.....
.....
.....
.....

aus Anlass der Geltendmachung von (Schadensersatz-) Ansprüchen.....

.....

von seiner/ihrer vertraglichen und gesetzlichen Verschwiegenheitsverpflichtung unter der ausdrücklichen Bedingung der schriftlichen Auskunftserteilung sowie unter der Auflage, dass dem/den von ihm/ihr beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwälten

RAe Peter Klamm und Thomas Dangl, Hauptstraße 25, 67141 Neuhofen

auf dessen/deren Anforderung hin eine Abschrift der Auskunft übermittelt wird.

Der/die von der Schweigepflicht Entbundene(n) ist/sind befugt, allen beteiligten Justiz- und sonstigen Behörden, Versicherungsgesellschaften, Rechtsanwälten, Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträgern über sämtliche mit dem oben genannten Anlass zusammenhängenden Umstände und Vorerkrankungen Auskunft zu erteilen. Diese Erklärung ist auch über den Tod des Unterzeichners/ der Unterzeichnerin hinaus gültig.

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift (evtl. gesetzlicher Vertreter)