

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Ärztliche Behandlung bei / durch _____
in der Zeit vom / ab _____ bis _____
bzw. Unfallereignis vom _____

Hiermit erkläre ich _____

dass ich Herrn / Frau Prof. Dr. bzw. die Ärzte der / des

und Herrn / Frau Prof. Dr. bzw. die Ärzte der / des

und Herrn / Frau Prof. Dr. bzw. die Ärzte der / des

nebst sämtlicher Hilfspersonen sowie alle Ärzte, die mich vor und nach dieser Behandlung in diesem Zusammenhang behandelt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit der hier in Rede stehenden Behandlung im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften und Versicherungsmakler, an beteiligte Rechtsanwälte und (ärztliche) Sachverständige sowie an alle sonst mit der Schadenfallbearbeitung Beteiligte erteilt und einschlägige Krankenunterlagen beigezogen sowie gespeichert werden. Die Schweigepflichtentbindung gilt – sofern gesetzlich möglich – auch über den Tod hinaus und auch für Vorerkrankungen, soweit diese im Hinblick auf die hier in Rede stehende Behandlung von Bedeutung sind.

Der von mir beauftragte **Rechtsanwalt Lars Lanius (Freiheit Wolfsberg 3, 59348 Lüdinghausen, Tel.: 02591/507050, Fax: 02591/507055)** soll jeweils mit gleicher Post Abschriften der Angaben bzw. der Korrespondenz erhalten.

Ort / Datum

Unterschrift