

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

---

---

---

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift usw.) entbinde ich

---

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum) hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber Rechtsanwalt Hendrik Stula, Oranienburger Straße 69, 10117 Berlin

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist:

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom :

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom:

\_\_\_\_\_

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger, einschl. der dortigen Akteneinsicht

\_\_\_\_\_

Entbindung von der Pflicht einen Einbürgerungstest abzulegen

\_\_\_\_\_

Der/die vorgenannten Angehörige/n der Heilberufe sowie Bedienstete/n von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Versicherungsmaklern, 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 (ggf. gesetzlicher Vertreter)