

RECHTSANWALT
Dr. JOHANN DAVID WADEPHUL

NEUMÜNSTER
Mittelstraße 5
24534 Neumünster
Telefon: 04321-4043091 - Telefax: 04321-4043093

BERLIN
Schumannstraße 1a
10117 Berlin
Telefon: 030-20215118 - Telefax: 030-28098794

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.

entbinde ich

genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten

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.

Dr. Johann David Wadephul
Mittelstraße 5
24534 Neumünster

Schumannstraße 1a
10117 Berlin

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen)

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/ Unfall vom

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. 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. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort/Datum :

Unterschrift :