

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

.....
(Vorname, Nachname, Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte/ Zahnärzte oder Angehörige anderer Heilberufe von ihrer gesetzlichen/ vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der

Rechtsanwaltskanzlei Carolin Grauvogl, Fürther Str. 224, 90429 Nürnberg.

Diese darf Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten. Die Entbindung erfolgt unter der Auflage, dass auf die Anforderung der beauftragten Rechtsanwaltskanzlei Kopien zuzusenden und gesundheitliche Fragen (gegen Auslagererstattung) zu beantworten sind.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem **Vorfall/ Unfall** vom

.....
(Datum des Vorfalls/ Unfalls)

/ die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus **ärztlicher Behandlung** vom

.....
(Datum der Behandlung)

Der/ die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/ sind befugt, auf Weisung der obigen Rechtsanwaltskanzlei allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichte, 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. des gesetzlichen Vertreters)