

Aktenzeichen: _____

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

sämtliche mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte sowie Angehörigen anderer Heilberufe und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem Rechtsanwaltsbüro

Rechtsanwälte Horstmann, Klüppel und Koch, Staugraben 1 a, 26122 Oldenburg

unter der Bedingung, daß Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem vorbenannten Anwaltsbüro auf dessen Anforderung in Kopie zugesandt werden.

Die nachfolgend näher bezeichneten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände einschließlich Vorerkrankungen Auskunft zu geben, die mit dem nachfolgend näher bezeichneten Anlaß im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Betrifft: stationäre/ambulante Behandlung bei:

(genaue Anschrift der betreffenden Ärzte sowie Behandlungszeitraum angeben)

Anlaß dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Unfallereignis vom _____
- Geltendmachung einer Versicherungsleistung
- Geltendmachung von Schadenersatz aus ärztlicher Behandlung vom _____
- Geltendmachung von Schadenersatz gegenüber dem Sozialleistungsträger
- Benötigte Auskünfte über den Gesundheitszustand im Rahmen eines zivil- oder strafrechtlichen Verfahrens

(Ort, Datum)

(Unterschrift, ggf. gesetzl. Vertreter)