

.....
(Name des Mandanten bzw. Patienten)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Straße, HausNr.)

.....
(PLZ, Wohnort)

E R K L Ä R U N G

Entbindung der Heilberufe von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, wie Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Apotheker, die mich im Zusammenhang mit dem Unfall / Ereignis vom bzw. wegen

.....
behandelt haben bzw. noch behandeln, insbesondere
.....
.....
.....

von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht und ermächtige sie zur Erteilung aller erforderlichen Auskünfte, die mit dem oben bezeichneten Fall im Zusammenhang stehen oder stehen können, gegenüber

- meinem Rechtsanwalt,
- den wegen diesem Fall in Anspruch genommenen Versicherungen, insbes. Haftpflicht-, Kranken-, Pflege-, Unfall-, Lebens-, Rentenversicherungen und Berufsgenossenschaften,
- den mit diesem Fall befassten Ämtern und Behörden,
- dem mit diesem Fall befassten Gericht,

unter der Voraussetzung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen an andere Stellen, als meinem Rechtsanwalt, nur **schriftlich** erteilen – ausgenommen sind Zeugenaussagen bei Gericht – und davon stets eine Kopie zugesandt wird an den von mir beauftragten

Rechtsanwalt Gerhard Guggenmos, Hauptstr. 22, 82234 Weßling,
Fax 08153/916028, E-mail: kanzlei@guggenmos.de

....., den

.....
(Unterschrift)