

Herminenstraße 25, 31675 Bückeburg
Telefon: 0 57 22 / 90 99 70 Telefax: 0 57 22 / 90 99 7-11

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Folgende(n) benannte(n) Ärztin/Arzt/Ärzte, Zahnärztin/Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden

entbinde ich

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

hiermit von ihrer/seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und folgende/r/m von mir beauftragten Rechtsanwältin/Rechtsanwalt/Rechtsanwälten unaufgefordert in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden:

den Rechtsanwälten Kai-Uwe Gellermann,
Birgit Lemme, Lars Röwer, Anja Gellermann

Diese freiwillig abgegebene Erklärung ist notwendig zur Geltendmachung von

- Schadenersatzansprüchen aus dem Unfall/Ereignis vom _____
- Schadenersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____
- Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____

(einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

- sonstiges _____

Die/der vorgenannte(n) Ärztin/Arzt/Ärzte, Zahnärztin/Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörige(n) anderer Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden wird/werden hiermit ermächtigt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten und sonstigen Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung ist auch über meinen Tod hinaus gültig.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. des gesetzl. Vertreters)