

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie bediensteten von Krankenanstalten und Behörden  
(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin auf dessen/deren Anforderung Kopien (gegen Auslagenerstattung) zuzusenden.



Latz & Monz Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

SCHADENSERVICE

Lebacher Str. 33a, 66265 Heusweiler

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 Sozialträgern über alle Umstände einschließlich Vorerkrankungen Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)