

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den / die nachfolgend benannten Arzt / Ärzte, Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden:

entbinde ich

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

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

Rechtsanwältin Fatma Albayrak-Tülü, Hauptstr. 36a, 74847 Obrigheim

Tel.: 0 61 61 / 675 94 33; Fax: 0 62 61 / 675 94 34

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist

Der / die vorgenannte Angehörige(n) der Heilberufe sowie der Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, alle als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände Auskunft zu erteilen, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)