



Schweigepflichtentbindungserklärung, Einsichts- u. Empfangsgenehmigung

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Für die

- Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Unfall vom _____
 Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialversicherungsträger _____
 Geltendmachung von Ansprüchen aus der ärztlichen Behandlung vom _____

entbinde ich bezüglich des o.g. (Behandlungs-)Geschehens nebst allen damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen die mich – ggf. auch künftig – behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe, Bediensteten von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen sowie von Behörden von ihrer – gesetzlichen und vertraglichen – Schweigepflicht gegenüber den von mir beauftragten Rechtsanwälten

Brächtker Fischer & Partner
Elisabethstr. 37
32756 Detmold

Die Rechtsanwälte sind auch befugt, die mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine vollständigen Behandlungsunterlagen zu nehmen bzw. Originale/Kopien/Abschriften in Empfang zu nehmen.

Die von ihrer Schweigepflicht entbundenen behandelnden Angehörigen der Heilberufe sowie die Bediensteten von Krankenanstalten/Pflegeeinrichtungen und Behörden sind auch befugt, allen beteiligten

- a) Versicherungen
b) Gerichten
c) Sachverständigen
d) Rechtsanwälten
e) Sozialleistungsträgern
f) Gutachtern

über alle Umstände Auskunft zu geben, die mit dem o.g. Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)