

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder andere Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname und Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten und unten genannten Rechtsanwalt auf dessen Aufforderung in Kopie (gegen Erstattung der Auslagen) zugesandt werden.

Rechtsanwaltskanzlei Hoffmann Lonegro Thegemey, Moritzstraße 62, 65185 Wiesbaden

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen **Erklärung** ist: (bitte ankreuzen)

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom
30. März 2009

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztlichen Behandlung
vom

die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialträger

(einschl. der dortigen Akteneinsicht)

Der/die vorgenannten Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von
Krankenanstalten und

Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden
Versicherungsgesellschaften,

Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/-anwältinnen und
Sozialleistungsträgern über

alle Umstände - einschl. Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten
Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese **Erklärung** gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (soweit erforderlich: gesetzlicher Vertreter)