

# Erklärung über die Entbindung von der Verschwiegenheitsverpflichtung der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannte Arzt/Ärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankeneinrichtungen und Behörden

---

---

---

entbinde ich

---

Vorname, Name, Anschrift, Geburtsdatum

von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verschwiegenheitsverpflichtung für die schriftliche Erteilung von Auskünften, die auf Anforderung von **Posch Rechtsanwälte, Hafestraße 2, 34125 Kassel**, versandt werden. Die o.g. Personen sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten sowie Sozialversicherungsträgern über alle Umstände Auskunft zu erteilen, die mit dem unten genannten Anlass in Zusammenhang stehen.

Anlass: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Unfall/Vorfall vom

---

Geltendmachung von Ansprüchen aus Heilbehandlung vom

---

Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber öffentlichen oder privaten Leistungsträgern

---

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus

.....

Ort, Datum

Unterschrift