

Erklärung über die Entbindung von der Verschwiegenheitsverpflichtung der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten 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 Frank Rechtsanwälte, Hafestraße 2, 34125 Kassel**, versandt werden. Die o.g. Personen sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Rechtsanwältinnen 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