

**ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG
VON DER SCHWEIGEPFLICHT DER HEILBERUFE**

DEN/DIE NACHFOLGEND BENANNTEN(N) ARZT/ÄRZTE, ZAHNARZT/ZAHNÄRZTE UND/
ODER ANGEHÖRIGE(N) ANDERER HEILBERUFE SOWIE BEDIENTETEN(N) VON KRANKEN-
ANSTALT(EN) UND BEHÖRDE(N)

ENTBINDE ICH,

_____, GEB. _____

HIERMIT GEGENÜBER DEM VON MIR BEAUFTRAGTEN

**RECHTSANWALT ERNST ANDREAS KOLB
ALEMANNENSTRASSE 13, 14129 BERLIN,
TELEFON (030) 804 97 - 353, FAX - 351**

VON SEINER/IHRER GESETZLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.

ANLASS FÜR DIE NOTWENDIGKEIT DIESER FREIWILLIG ABGEGEBENEN ERKLÄRUNG IST

- DIE GELTENDMACHUNG VON SCHADENSERSATZANSPRÜCHEN AUS DEM VERKEHRSUNFALL/VORFALL VOM _____.
- DIE GELTENDMACHUNG VON SCHADENSERSATZANSPRÜCHEN AUS ÄRZTLICHER BEHANDLUNG VOM _____.
- DIE GELTENDMACHUNG VON ANSPRÜCHEN GEGENÜBER DEM SOZIALLEISTUNGSTRÄGER (EINSCHLIESSLICH DER DORTIGEN AKTENEINSICHT).
- _____

DER/DIE VORGENANNTEN(N) ANGEHÖRIGE(N) DER HEILBERUFE SOWIE BEDIENTETEN(N) VON KRANKENANSTALTEN UND BEHÖRDEN IST/SIND BEFUGT, ALLEN ALS BETEILIGTE IN BETRACHT KOMMENDEN VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN, GERICHTEN, STRAFVERFOLGUNGSBEHÖRDEN UND SOZIALLEISTUNGSTRÄGERN ÜBER ALLE UMSTÄNDE – EINSCHLIESSLICH VORERKRANKUNGEN – AUSKUNFT ZU GEBEN, DIE MIT DEM VORGENANNTEN ANLASS IM ZUSAMMENHANG STEHEN ODER STEHEN KÖNNEN.

DIESE ERKLÄRUNG GILT ÜBER MEINEN TOD HINAUS.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT (GGF. GESETZLICHER
VERTRETER)