

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

(Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin der **Rechtsanwaltskanzlei Ruge und Partner GbR, Bertholdstr. 8, 76530 Baden-Baden**, auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Anlass für die abgegebene Erklärung ist:

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall

vom _____

die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung im Zeitraum

vom _____ bis _____

Der/die vorgenannte(n) Person der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (u.U. gesetzl. Vertreter)