

Erklärung

1. über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
2. über die Genehmigung zur Herausgabe und Einsichtnahme in medizinische Behandlungsunterlagen sowie
3. über die Bevollmächtigung zur Einsichtnahme in staatsanwaltliche Ermittlungs- und Gerichtsakte, auch wenn zu deren Inhalt medizinische Behandlungsunterlagen und medizinische Gutachten zählen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

ambulante und/oder stationärer Behandlung im Zeitraum vom _____ bis _____

im/bei _____

wegen _____

Hiermit entbinde ich -auch über meinen Tod hinaus- alle mich aus Anlass der o.g. Behandlung(en) -auch künftigen- behandelnden Ärzte, Zahnärzte und/oder andere Heilberufe sowie Bedienstet von Krankenanstalten und Behörden von deren gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber den Rechtsanwälten der Kanzlei

Koll & Bange, Delmestr. 8, 28199 Bremen, Tel. 0421/696788-0, Fax. 0421/ 696788-20

sowie den beteiligten Versicherungsgesellschaften, insbesondere Schadenshaftpflichtversicherern und gesetzlichen Krankenversicherungen, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, sonstigen Behörden, Trägern der Rentenversicherungen, weiteren privaten Kranken(zusatz)versicherungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dessen Gutachtern, sonstigen Gutachtern, Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Landesärzte- bzw. Landeszahnärztekammern sowie allen weiteren Stellen und Personen, die mit der Schadensregulierung beauftragt oder sond befasst sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte uneingeschränkt erteilt werden, die in irgend einem Zusammenhang mit der o.g. Behandlung stehen und erteile weiter Vollmacht, dass den Rechtsanwälten der o.g. Kanzlei auf Anforderung uneingeschränkte Einsicht in die medizinischen Behandlungsunterlagen gewährt werden, einschließlich der Herausgabe von Kopien dieser Behandlungsunterlagen unter Einschluss bildgebender Diagnostik, Gutachten, sowie Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten. Dies gilt auch gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, deren Gutachtern, sonstigen Gutachtern u.a.. Insoweit erteile ich alle erforderlichen Vollmachten sowohl den gesetzlichen wie privaten Krankenkassen als auch den genannten Rechtsanwälte gegenüber.

Weiter bevollmächtige ich die genannten Rechtsanwälte, Akteneinsicht in staatsanwaltliche Ermittlungsakte und Gerichtsakten zu nehmen, die in irgend einem Zusammenhang mit dem Schadensfall stehen, und zwar auch dann, wenn medizinische Behandlungsunterlagen u.a. Bestandteil dieser Akte sind.

Ort, Datum

Unterschrift (soweit erforderlich: gesetzlicher Vertreter)