

CARSTEN FUNKE

R E C H T S A N W A L T

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe

Name:

Anschrift:

entbinde ich

Name:

Anschrift:

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten

**Rechtsanwalt
Carsten Funke
Dieckmannsfeld 30
44805 Bochum**

auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden. Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen bzw. die Beweiserhebung im laufenden Verfahren vor dem

Gericht:

Geschäftsnummer:

Der/die Angehörige(n) der Heilberufe ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Gerichten, vom Gericht bestellten Sachverständigen, Rechtsanwälten und Versicherungen über alle Umstände -einschließlich Vorerkrankungen- Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können.

Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bochum,

KANZLEI:
DIECKMANNSFELD 30
44805 BOCHUM
FON 0234 / 14 673
FAX 0234 / 66 167

www.anwaltfunke.de
info@anwaltfunke.de