

EICKELPASCH ■■■ KLAUSING

Partnerschaft von Rechtsanwälten mbB
Notare

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name, Vorname(n) _____

geboren _____

Schadensereignis _____

Krankenversicherung _____

Versicherungsnr. _____

Vor dem Schadensereignis war ich berufstätig als _____

Hiermit entbinde ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren (inkl. sämtlicher Mitarbeiter), von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht; dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt und Unterlagen vorgelegt werden, die im Zusammenhang mit dem oben angegebenen Schadensereignis stehen.

Bisher waren folgende Ärzte und/oder Institutionen an der Heilbehandlung beteiligt:

Name/Klinik _____

Vorname/Abteilung _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Name/Klinik _____

Vorname/Abteilung _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Name/Klinik _____

Vorname/Abteilung _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

(falls Platz nicht ausreicht, bitte weiteres Blatt beifügen)

_____, den _____

Unterschrift _____

Eickelpasch | Klausing Partnerschaft von Rechtsanwälten mbB ist unter PR 4066 beim AG Essen eingetragen. Dort findet sich auch die Angabe der Partner

Lütke Berg 8 | 48341 Altenberge
Fon 02505 93630-0 | Fax 02505 93630-60
Münsterstr. 35 | 48565 Steinfurt
Fon 02552 9337-0 | Fax 02552 9337-20

Kreissparkasse Steinfurt
(BLZ 403 510 60) 73 23 56 73
IBAN: DE84 4035 1060 0073 2356 73
BIC: WELADED1STF

Sparkasse Münsterland Ost
(BLZ 400 501 50) 34 35 97 03
IBAN: DE37 4005 0150 0034 3597 03
BIC: WELADED1MST

Volksbank Greven eG
(BLZ 400 612 38) 78 53 33 68 00
IBAN: DE83 4006 1238 7853 3368 00
BIC: GENODEM1GRV

VR-Bank Kreis Steinfurt eG
(BLZ 403 619 06) 43 55 23 23 00
IBAN: DE03 4036 1906 4355 2323 00
BIC: GENODEM1IBB

info@eickelpasch-klausing.de

www.eickelpasch-klausing.de