

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

Kesselsdorfer Straße 14 • 01 159 Dresden  
☎ (0351) 4 24 25 95 • 📠 (0351) 4 27 50 440  
E-Mail: Kanzlei.Pesch@t-online.de

erteile(n) ich/wir in der Angelegenheit

.....  
wegen:

V O L L M A C H T

einschließlich der Prozess- und Inkassovollmacht. Die Vollmacht erstreckt sich insbesondere auf folgende Befugnisse:

1. Die Vertretung vor Gerichten und Behörden in allen Instanzen einschließlich der Vertretung in Nebenverfahren, insbesondere in allen Verfahren der Zwangsvollstreckung, Arrest, einstweilige Verfügung, Kostenfestsetzung sowie der Vertretung gegenüber sonstigen Dritten;
2. Übertragung der Vollmacht ganz oder teilweise auf andere;
3. Empfangnahme von Geld, Wertsachen und Urkunden, insbesondere des Streitgegenstandes, der vom Gegner, der Justizkasse oder anderen Stellen zu erstattenden Kosten und der hinterlegten Beträge sowie zur Verfügung darüber unter Befreiung von der Beschränkung des § 181 BGB;
4. Erledigung der Angelegenheit durch Vergleich, Verzicht und Anerkennung;
5. Einlegung und Zurücknahme von Rechtsmitteln sowie Verzicht auf dieselben und Entgegennahme von Zustellungen;
6. Begründung und Aufhebung von Vertragsverhältnissen sowie Abgabe oder Anfechtung und Rücknahme von Willenserklärungen (insbesondere Kündigungen; Zurückweisungen; Mahnungen, Fristsetzungen usw.);
7. Die Vollmacht und der Mandatsauftrag beziehen sich nicht auf andere Rechtsanwälte der Bürogemeinschaft. Herr Rechtsanwalt Pesch ist aber von der Schweigepflicht gegenüber Rechtsanwälten, mit denen er eine Bürogemeinschaft unterhält, entbunden.

Dresden, den

.....  
(Mandant)

S C H W E I G E P F L I C H T E N T B I N D U N G

Hiermit entbinde(n) ich/wir, ....., geboren am ....., alle der gesetzlichen Schweigepflicht unterfallende Personen und Einrichtungen (Krankenhausträger, Pflegeheimträger, Ärzte, Pflegepersonal etc.), die mich/meine Mutter/meinen Vater/meine Ehefrau/meinen Ehemann/ meine Tochter/ meinen Sohn ....., geb. am ....., behandelt oder betreut haben und noch behandeln oder betreuen, als Angehöriger und Erbe/ als sorgeberechtigte Eltern von der Schweigepflicht gegenüber

- ▶ Herrn Rechtsanwalt Rainer Pesch, Kesselsdorfer Straße 14, 01159 Dresden, und seinem Personal
- ▶ meiner Krankenversicherung und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK)
- ▶ der Landesärztekammer, der Landeszahnärztekammer und den im Schlichtungsverfahren beauftragten Gutachtern
- ▶ den beteiligten Haftpflichtversicherungen
- ▶ einem Gericht und den gerichtlich bestellten Gutachtern in einem Rechtsstreit.
- ▶ \_\_\_\_\_
- ▶ \_\_\_\_\_

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die begünstigten Personen alle gewünschten Informationen zu meiner Erkrankung/ zur Erkrankung meiner/meines Mutter/Vaters/Tochter/Sohnes (z.B. Kopien der Patientendokumentation, mündliche oder schriftliche Auskünfte, etc.) erhalten.

Dresden, den

.....  
(Mandant)