

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Datenschutzrechtliche Einwilligung

Betrifft: Verkehrsunfall / Straftat / Ereignisvom.....

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ Ort:.....

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem beauftragten Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie gegenüber allen mit der Bearbeitung der Haftpflichtangelegenheit befassten Stellen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen des bezeichneten Ereignisses stehen. Von allen Berichten, Gutachten und Auskünften dürfen Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche erforderlich ist, diese Informationen an medizinische Gutachter weiterzugeben und dass die Daten von diesen verwendet werden. Mit der Rückübersendung an die oben genannten Stellen bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auch dort genutzt, elektronisch bearbeitet und zum Zwecke der Bearbeitung meine Ansprüche gespeichert werden.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Ich befreie die nachfolgend genannten Ärzte und Krankenanstalten von der Schweigepflicht; dies gilt auch für Vorerkrankungen, die für die Entscheidung relevant sein könnten.

Beauftragt: Rechtsanwalt: Rechtsanwalt Lars Bischoff, Frankendamm 34, 18439 Stralsund

....., den

Unterschrift

Behandelnde Ärzte und Krankenanstalten (Name, Adresse):