

Einwilligung und Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall vom

Hiermit willige ich ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Schadensersatzansprüche erforderlich ist. Diese Erklärung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z. B. mein Krankenversicherer) übergegangen sind.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern zurück übermittelt und seitens der Versicherung zweckentsprechend verwendet werden.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten - soweit für die Prüfung der geltend gemachten Schadensersatzansprüche erforderlich ist - bei den von mir genannten Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Ich befreie alle nachbenannten behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe oder deren Mitarbeiter sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, soweit sie für die Beurteilung der Verletzungsfolgen von Bedeutung sind:

(Name und Adresse vollständig angeben)

1.
2.
3.
4.
5.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem in Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, und zwar einschließlich Vorerkrankungen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind meinen Prozessbevollmächtigten,

**VOLKERT Rechtsanwälte,
Gärtnerstr. 21, 90408 Nürnberg
Tel. 0911/361966, Fax 0911/364198,**

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)