Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einwilligungserklärung über die Erhebung von Gesundheitsdaten

Unfall vom …….....……

Hiermit entbinde ich

……
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

……..
(Anschrift)

alle nachfolgend genannten Krankenhäuser, Pflegeheime, Ärzte, Therapeuten und sonstige Stellen oder Personen, die mich anlässlich des o.a. Unfalles behandelt haben, von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Ich willige insbesondere ein, dass der von mir in Anspruch genommene Haftpflichtversicherer, das Gericht oder der vom Gericht beauftragte Sachverständige meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung der von mir geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist - bei folgenden Stellen erhebt:

……..
(Name, vollständige Anschrift)

……..
(Name, vollständige Anschrift)

……..
(Name, vollständige Anschrift)

……..
(Name, vollständige Anschrift)

Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Ich willige ein, dass von den oben genannten Stellen und/oder Personen alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Rechtsanwaltskanzlei

RSW Rechtsanwälte

Markt 1, 53721 Siegburg
Tel: 0 22 41 / 96 69 0 – E-Mail: kanzlei@rsw-recht.de

und den anfragenden Versicherern, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

.....	.....	.....
Ort, Datum	Unterschrift verletzte Person	ggf. Unterschrift gesetzlicher Vertreter