



Schweigepflichtentbindungserklärung

Name

Geburtsdatum

Aktenzeichen

Anschrift

behandelnde Ärzte und Krankenhaus (bitte vollständige Namen und Anschriften angeben):

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erteile ich sämtlichen Ärzten, die mich wegen der Verletzungen aus dem Verkehrsunfall vom _____ behandelt haben und behandeln werden,

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungen,
- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen,

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie den vor mir beauftragten

Ochsendorf & Coll. Rechtsanwälte
Beim Strohhouse 27, 20097 Hamburg

unverzüglich zur Verfügung gestellt werden.

Ich willige ein, dass der einstandspflichtige Versicherer meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z. B. Meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 an den Versicherer zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden, unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Kanzlei Ochsendorf & Coll. PartG hiervon Abschriften erhält.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift
