

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft:

Verkehrsunfall vom
Unfallort:

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wurde darüber informiert, dass der Versicherer zur Beurteilung des von mir geltend gemachten Schadensersatzanspruches die Überprüfung von Angaben für erforderlich hält, die ich zur Begründung des Anspruchs gemacht habe. Zu diesem Zweck befreie ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an meiner Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen aus dem oben genannten Vorfall stehen. Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, daß den von mir bevollmächtigten

Rechtsanwälten Kötter und Kollegen
Püsselbürener Damm 79, 49477 Ibbenbüren,

von allen Berichten, Auskünften und Gutachten unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich,....., geboren am.....
willige ein, dass die Rechtsanwälte Kötter und Kollegen meine Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, 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.

2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

-

Ich willige ein, dass die Rechtsanwälte Kötter und Kollegen meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergeben 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 die Rechtsanwälte Kötter und Kollegen zurück übermittelt und von diesen zweckentsprechend verwendet werden.

b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Ich willige ein, dass die Rechtsanwälte Kötter und Kollegen meine Gesundheitsdaten an entsprechende Stellen weitergeben und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Rechtsanwälte Kötter und Kollegen dies dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die Rechtsanwälte Kötter und Kollegen zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

3. Ein Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Ich befreie die relevanten Personen oder Mitarbeiter der von meinen Prozessbevollmächtigten Rechtsanwälten genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen.

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

.....
Ort, Datum, Unterschrift Anspruchsteller (ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

.....
Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Anspruchstellers)