

Erklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____
erlittenen Unfalls / Vorfalls behandelt haben bzw. noch behandeln werden,
von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich
erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie an den/die von mir beauftragten
Rechtsanwalt/Rechtsanwältin übersenden, nämlich:

Rechtsanwälte Rump, Schöne, Haller, Klatt & Wessel
Daruper Straße 4, 48301 Nottuln

Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten:

Ich willige ein, dass die _____ (Versicherung) 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.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Unterschrift)