

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

Ich willige ein, dass der sich aus dem Anschreiben ergebende Versicherer meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruches 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 meiner Gesundheitsdaten zur medizinischen Begutachtung

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. Über die jeweilige Datenweitergabe werden die von mir bevollmächtigten Rechtsanwälte **webis legal GmbH Rechtsanwalts-gesellschaft**, 73312 Geislingen/Steige, unterrichtet.

Geislingen, den

Unterschrift Anspruchsteller/in

(ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Zusätzlich

Geislingen, den

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung des von mir geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine 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 hiermit die nachstehend aufgeführten Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der sich aus dem Anschreiben ergebende Versicherer meine Gesundheitsdaten bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.

1. _____

2. _____

3. _____

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

Geburtsdatum der verletzten Person:

Geislingen, den

Unterschrift Anspruchsteller/in

(ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Zusätzlich

Geislingen, den

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)