

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Name des Verletzten: _____
geboren am: _____
Anschrift: _____

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

Ich willige ein, dass der/die _____
(hier gegnerische Versicherung eintragen)
meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Anspruchs 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 der Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass der/die _____
(hier gegnerische Versicherung eintragen)
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 der/die

(hier gegnerische Versicherung eintragen)
zurück übermittelt und ebenfalls zu diesem Zweck verwendet werden.

3. Einwilligung in die Abfrage meiner Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass der/die _____
(hier gegnerische Versicherung eintragen)
meine Gesundheitsdaten - soweit dies für die Prüfung des geltend gemachten Anspruchs erforderlich ist - bei den nachfolgenden Ärzten, Zahnärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden (Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.) erhebt:

Ich befreie die vorgenannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der vorgenannten Einrichtung(en) insoweit von ihrer Schweigepflicht. 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.

Die vorgenannte Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Anwaltskanzlei

Guido Kurtz und Heidrun Kurtz, Aarstraße 143 - 145, 65232 Taunusstein
Tel.: 06128/48846-0, Fax: 06128/48846-15, E-Mail: post@kklw.de

Kopien zur Verfügung gestellt werden.

Diese freiwillig abgegebene Erklärung steht ausschließlich im Zusammenhang mit der Geltendmachung von (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Schadenersatzansprüche aus dem Vorfall / Unfall vom _____
- Schadenersatzansprüche aus der ärztlichen Behandlung vom _____
- Ansprüchen gegen dem Sozialleistungsträger _____

_____ (einschließlich der dortigen Akteneinsicht)

Andere als die mit dem vorgenannten Ereignis in Zusammenhang stehenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen/ Verletzungen sowie die zugehörigen ärztlichen Befunde/ Diagnosen/ Feststellungen, die z. B. bei Gelegenheit der unfallbedingten Behandlung festgestellt/mitbehandelt wurden, sind ausdrücklich nicht von dieser Entbindung von der Schweigepflicht erfasst.

Die vorgenannten Ärzte, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt neben der _____

(hier gegnerische Versicherung eintragen)

allen beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern alle Auskünfte - einschließlich Vorerkrankungen - zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können, sofern die von mir beauftragte Anwaltskanzlei Guido Kurtz und Heidrun Kurtz der jeweiligen vorgenannten Stelle diese Erklärung zu diesem Zwecke vorlegt.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)