

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich anlässlich des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten Anwälten, nämlich

**RAe Friedrich Meyer - Christopher Frey,  
Friedrich-Ebert-Ring 2, 97072 Würzburg**

zusenden.

Darüber hinaus willige ich ein, dass anlässlich des oben bezeichneten Unfalles meine Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z. B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Ich willige weiterhin ein, dass meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergegeben werden und die Daten von diesen verwendet werden, soweit es zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an die oben genannten Stellen zurückübermittelt werden, wiederum unter der Bedingung, dass dies schriftlich erfolgt und jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten oben genannten Rechtsanwälten zugeleitet wird.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

beh. Ärzte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift