

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und die Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Betreff: Unfall / Vorfall vom

Patient:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Arzt / Ärztin / Krankenhaus

Name, Vorname -----

Adresse -----

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den erlittenen Unfallverletzungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können.

Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass der von mir beauftragte Kanzlei

Rudolph Rechtsanwälte
Ferdinand-Lassalle-Straße 11
04109 Leipzig

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

Außerdem erkläre ich mich mit der Erhebung, Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten einverstanden, soweit dies zur Bearbeitung des Schadensfalles erforderlich ist.

....., den

.....

Ort

Datum

Unterschrift