

*MAX CONRAD*

*Rechtsanwalt*

*CHRISTOPH HESSEL*

*Rechtsanwalt*

**Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Betrifft Unfall vom

Hiermit entbinde ich,

geb. am.

sämtliche mich behandelnden Ärzte und Institute sowie deren Mitarbeiter

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Erteilung aller Auskünfte bezüglich der erlittenen Verletzungen erkläre ich mich einverstanden.

**Auf das anliegende Formular verweise ich.**

Stadthagen, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift

*Sparkasse Schaumburg*  
*BIC: NOLADE21SHG*  
*IBAN: DE66 2555 1480.0470 1033 00*

*Volksbank Hameln-Stadthagen*  
*BIC: GENODEF1HMP*  
*IBAN: DE29 2546 2160 0001 6136 00*

*Steuernummer: 44 231 07200*

# Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Ich ..... geboren am .....  
willige ein,

dass die ..... (im Folgenden Empfänger genannt)  
meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur  
Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruchs 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

### a. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass der Empfänger 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 die  
Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet  
werden.

Dies gilt, soweit ich von der Datenweitergabe informiert werde.

### b. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Ich willige ein, dass der Empfänger meine Gesundheitsdaten an andere  
Stellen weitergibt soweit diese mit dem Empfänger zu diesem Zwecke  
zusammenarbeiten und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten  
Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie  
der Empfänger dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die  
Ergebnisse von den Stellen an den Empfänger zurück übermittelt und von  
diesem zweckentsprechend verwendet werden.

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

Ich willige ein, dass der Empfänger meine Gesundheitsdaten - soweit es für  
die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist -  
bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.

**Ich befreie die folgenden Personen oder Mitarbeiter der  
folgenden Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf etwaige Vorerkrankungen.  
Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das  
Schadensereignis informiert werden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift