

Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärung

Ich, _____,

geb. am _____ in _____,

entbinde **alle** Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, insbesondere

die mich aus Anlass des Unfalls/Vorfalles vom _____ behandelt haben bzw. noch behandeln werden, gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- der Anwaltskanzlei Dillmann Haab Millich Schaich

von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Des Weiteren willige ich ein, dass die in Anspruch genommene Versicherungsgesellschaft **meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt**, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (z.B. den Krankenversicherer) übergegangen sind.

Ich willige ein, dass die Versicherungsgesellschaft **meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden**, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin auch damit einverstanden, dass die **Ergebnisse von den Gutachtern an die Versicherungsgesellschaft zurückübermittelt** werden.

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

_____, den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift)