

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich,

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

entbinde hiermit in der Sache/Schadenummer: _____

alle Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie Angehörige anderer Heilberufe, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsstandes von Bedeutung sein könnten.

Auch insoweit entbinde ich alle oben genannten Stellen uneingeschränkt von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die _____(Name der gegnerischen Versicherung) meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenanspruches erforderlich ist - bei den nachfolgenden Stellen erhebt:

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Stelle(n) insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den Rechtsanwälten

Dietzmann Hesse Dr. Buchmann und Partner mbB
Franziskanerstraße 11 57462 Olpe
Tel: 02761/83 53-0 Email: kontakt@kanzlei-olpe.de

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die erstellten Gutachten anderen Ärzten zugänglich gemacht werden.

Olpe, den _____

(Unterschrift)