

Schweigepflichtentbindungserklärung

Kaiserstr. 50
60329 Frankfurt

Tel.: 069 / 68 2000
Fax: 069 / 68 2000-111

info@ra-kranz.de
www.ra-kranz.de

Deutsche Kreditbank AG
DE10 1203 0000 1054 5941 38

Ich _____
Vorname, Name, Geburtsdatum

Anschrift

bin über die gesetzliche Schweigepflicht umfassend unterrichtet worden und entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie deren Bediensteten, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenanstalten und Pflegeheimen und zwar auch über meinen Tod hinaus, die mich im Zusammenhang

mit _____ vom _____ behandelt haben oder werden,
(Ereignis, z.B. Unfall) (Datum)

den, von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Die Entbindung gilt auch für Vorerkrankungen, soweit diese für die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen von Bedeutung sind, sowie gegenüber Bediensteten von Personenversicherern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte ausschließlich schriftlich erteilt werden und den von mir beauftragten Rechtsanwälten jeweils in Kopie zu dem Aktenzeichen _____ übersandt werden.

Einwilligung in die Speicherung und Nutzung der Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies zur Bearbeitung des von mir beanspruchten Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für Ansprüche, die auf Dritte (wie z.B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Diese Erklärungen sind zu jedem Zeitpunkt widerrufbar.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung und die Speicherung und Nutzung meiner Daten sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort, Datum

Unterschrift Mandant