

## **Entbindung über die ärztliche Schweigepflicht zum Zweck der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen**

Hiermit entbinde ich, Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. am

wohnhafte:

alle Krankenhäuser, Ärzte, Ärztinnen und deren Hilfspersonal sowie Leistungserbringer (z. B. Sanitätshäuser, Pflegedienste, Physiotherapeuten), die mich im Zusammenhang

mit dem Unfallereignis vom \_\_\_\_\_ seither behandelt haben oder noch behandeln und/oder mich oder den Vorgang begutachtet haben, gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

### **von der gesetzlichen Schweigepflicht.**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den von mir erlittenen Unfallverletzungen stehen. Gleichzeitig genehmige ich die Herausgabe der ärztlichen Unterlagen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen an meinen bevollmächtigten Rechtsanwaltskanzlei Bode & Wolter, Osterstraße 41 in Hameln.

Die Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt zum Zwecke der Überprüfung, ob aufgrund des Unfalls Schadensersatzansprüche durchzusetzen sind. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift