

## Einwilligung und Schweigepflichtsentbindungserklärung

Unter der Voraussetzung, dass mein anwaltlicher Vertreter stets hinreichend informiert wird, willige ich

Name: \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

wegen der Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Unfallereignis vom \_\_\_\_\_

welches \_\_\_\_\_ verursacht hat dazu ein, dass der beteiligte Versicherer der Gegenseite 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 (wie zum Beispiel meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 zurück übermittelt und seitens des Versicherers zweckentsprechend verwendet werden.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten, soweit es für die Prüfung der geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist, bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:

\_\_\_\_\_

Ich befreie die vorgenannten Personen oder deren Mitarbeiter insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, soweit dies für die Beurteilung der Verletzungsfolgen von Bedeutung sein kann.

Insoweit bin ich einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadensereignis informiert werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift