



Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Nachname, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

1. Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit befreie ich alle Ärzte, Krankenhausträger und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sowie deren Bedienstete, die mich im Zusammenhang mit

behandelt haben, gegenüber den Mitarbeitern der Kanzlei

Szymanski und Kollegen - Rechtsanwälte
Philipp-Reis-Str. 6
63571 Gelnhausen

von ihrer ärztlichen bzw. berufsrechtlichen Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Die Erklärung gilt auch für Vorerkrankungen, soweit sie im Hinblick auf die hier in Frage stehenden Verletzungen oder Erkrankungen von Bedeutung sind.

Des weiteren befreie ich privatrechtliche Versicherungsunternehmen, Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und Unfallversicherung sowie sämtliche Behörden, von ihrer Schweigepflicht.

2. Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen durch die Kanzlei Szymanski und Kollegen über das Schadenereignis informiert werden. Ich willige ein, dass die Kanzlei Szymanski und Kollegen meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie zum Beispiel meine Krankenversicherung) übergegangen sind.

Ort, Datum, Unterschrift des Verletzten
(bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)