

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit befreie ich,

geboren am

den / die mich behandelnde(n) Arzt / Ärztin / Ärzte nebst Mitarbeitern

-  
-

von der ärztlichen Schweigepflicht mir gegenüber aus Anlass meiner Behandlung vom  
und sämtlichen Folgebehandlungen aus diesem selben Anlass für Zwecke der von mir geltend gemachten Schadensersatz- / Schmerzensgeldansprüche.

Mit der zweckentsprechenden Erteilung von Auskünften und Übersendung von Arztberichten / Attesten an

Anwaltskanzlei Mintert

- RA Karl Raimund Mintert, RA Britta Sonntag, RA Dennis Kunze, RA Helge Dinter -  
Röttgen 2, 42109 Wuppertal

Telefon (02 02) 70 90 80 / Telefax (02 02) 70 90 811

sowie an Gerichte, Staatsanwaltschaften, Behörden, Versicherungen erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Es steht mir frei, diese Einwilligung / Schweigepflichtsentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

1. Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie zB meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.
2. Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergegeben und die Daten vom Empfänger verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse von Gutachtern zurückübermittelt werden und zweckentsprechend verwendet werden. Über die jeweilige Datenweitergabe will ich unterrichtet werden.
3. Zur Prüfung des von mir geltend gemachten Schadensersatzanspruches ist es ggfs notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, die für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten. Von folgenden behandelnden Stellen dürfen Informationen über meinen Gesundheitsschaden eingeholt werden:

-  
-  
-

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen. Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen über das Schadensereignis informiert werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich alternativ die Möglichkeit habe, meine Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Wuppertal,