

# **Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

## **1.**

### **Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten**

Zur Prüfung und Geltendmachung meiner Ansprüche ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen; insbesondere zur Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens.

Ich, ....., geboren am ....., Beruf,.....  
gebe insoweit mein Einverständnis, dass die in meinem Fall beteiligten Versicherungen und Anwälte meine Gesundheitsdaten erheben, abrufen, speichern und nutzen dürfen, soweit dies zur Bearbeitung des Falles erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, welche auf Dritte (wie z.B. Krankenversicherer, pp.) übergegangen sein sollten.

## **2.**

### **Einwilligung in die Abfrage und Weitergabe meiner Gesundheits- und sonstigen Daten**

Ich gestatte hiermit auch die Weitergabe und Verwendung meiner Gesundheitsdaten an/durch Dritte, sofern dies für die Bearbeitung des Falles erforderlich wird. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Daten und Ergebnisse von und an Versicherungen, Rückversicherungen, Schadenssachbearbeitungsstellen, Gutachter, Sachverständige, Behörden, Anwälte und Gerichte zur zweckentsprechenden Verwendung übermittelt und übertragen werden.

## **3.**

### **Einwilligung nebst Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich erkläre daher nach erfolgter Belehrung ausdrücklich meine Einwilligung zur unbeschränkten Erhebung, Weitergabe, Prüfung und Archivierung meiner Gesundheitsdaten gegenüber den relevanten Versicherungen, Ärzten, Gutachtern, Sachverständigen, Pflegern, Bediensteten, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten und den mit meinem Fall befassten Anwälten nebst dem dortigen Büropersonal. Dies gilt im Hinblick auf die nachfolgend aufgeführten Ärzte, Krankenhäuser, Behandler, pp.:

.....  
.....  
.....

Ich befreie die vorgenannten Personen und Institute nebst Mitarbeitern der genannten Einrichtungen insoweit vollumfänglich von Ihrer Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters