

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Schaden/Verletzung/Erkrankung vom _____

Verletzte Person:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Zur Prüfung des geltend gemachten Personenschadens ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Ich willige ein, dass die Rechtsanwälte Passian & Kollegen GbR zur Weiterleitung an ersatz- oder regulierungspflichtige Dritte meine Gesundheitsdaten -soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist- bei den nachfolgenden Stellen erheben und für diesen Zweck verwenden.

Bitte vollständig ausfüllen und sämtliche Stellen, z. B. Ärzte usw. angeben:

Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller (ab Vollendung
des 16. Lebensjahres, soweit einsichtsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des
Anspruchstellers)