

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Schaden- oder Versicherungsschein- Nr.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Einwilligungs- und Schweigepflicht Entbindungserklärung

### 1. Einwilligung in die Erhebung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass der Haftpflichtversicherer meine Gesundheitsdaten erhebt und nutzt, soweit sich diese auf das Unfallereignis vom ..... beziehen und dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z.B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind..

### 2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass der Versicherer meine unfallbezogenen 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 an den Versicherer zurück übermittelt werden. Über die jeweilige Datenweitergabe werde ich unterrichtet.

### 3. Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem oben genannten Unfall und den daraus resultierenden Verletzungsfolgen behandelt haben, entbinde ich hiermit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Diese Entbindung gilt ausschließlich gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherern sowie gegenüber Gerichten und den Strafverfolgungsbehörden.

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

alle erforderlichen Auskünfte erteilen und von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem Rechtsanwalt Kopien zur Verfügung stellen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anspruchsteller/in  
(Bei Minderjährigen Unterschrift des  
gesetzlichen Vertreters)