



## EINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Vorname/Name (Mandant) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum /-ort \_\_\_\_\_

### 1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Rechtsanwaltskanzlei Lonegro Jürgens Voigts (folgend: Rechtsanwaltskanzlei) meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit es zur Bearbeitung des von mir erhobenen Anspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte, beispielsweise meinen Krankenversicherer, übergegangen sind.

### 2. Einwilligung in die Weitergabe der Gesundheitsdaten

#### 2.1. Weitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die Rechtsanwaltskanzlei und die/der \_\_\_\_\_ (Versicherer) meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit es zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an die Rechtsanwaltskanzlei und/oder den/die \_\_\_\_\_ (Versicherer) zurückübermittelt und ebenfalls zu diesem Zweck verwendet werden.

#### 2.2. Weitergabe zur Ausführung von Aufgaben durch andere Stellen

Ich willige ein, dass die Rechtsanwaltskanzlei an den Versicherer und die/der \_\_\_\_\_ (Versicherer) meine Gesundheitsdaten an andere Dienstleister oder Stellen weitergibt zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung, sofern die Aufgaben nicht von der Rechtsanwaltskanzlei und/oder die/der \_\_\_\_\_ (Versicherer) erledigt werden und die Datenverarbeitung zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist.

Der/die \_\_\_\_\_ (Versicherer) informiert eigenständig den/die Einwilligende(n) über die Dienstleister oder andere Stellen, an die die Gesundheitsdaten weitergegeben wurden.

### 3. Einwilligung in die Abfrage meiner Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass die Rechtsanwaltskanzlei und die/der \_\_\_\_\_ (Versicherer) meine Gesundheitsdaten – soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Anspruchs erforderlich ist – bei den **nachfolgenden Ärzten, Zahnärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden** (Vorname, Name, Anschrift der Ärzte usw.) erhebt:

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



# LONEGRO JÜRGENS VOIGTS

## RECHTSANWÄLTE

Ich befreie die vorgenannte(n) Person(en) oder die Mitarbeiter der vorgenannten Einrichtung(en) insoweit von ihrer Schweigepflicht. Die Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten. Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Die vorgenannte Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgt unter der Bedingung, dass Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

### Rechtsanwaltskanzlei LONEGRO JÜRGENS VOIGTS

Kopien zur Verfügung gestellt werden.

Diese freiwillig abgegebene Erklärung steht ausschließlich im Zusammenhang mit der Geltendmachung von (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Schadenersatzansprüche aus dem Vorfall / Unfall vom
- Schadenersatzansprüche aus der ärztlichen Behandlung vom
- Ansprüchen gegen den Sozialleistungsträger \_\_\_\_\_

Andere, als die mit den vorgenannten Ereignissen in Zusammenhang stehenden Erkrankungen/ Beeinträchtigung/Verletzungen sowie die zugehörigen ärztlichen Befunde/Diagnosen/ Feststellungen, die zum Beispiel bei Gelegenheit der unfallbedingten Behandlung festgestellt/mitbehandelt wurden, sind ausdrücklich nicht von dieser Entbindung der Schweigepflicht erfasst.

Die vorgenannten Ärzte, Angehörigen und anderen Heilberufen sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, neben der \_\_\_\_\_  
(gegnerischen Versicherer eintragen)

allen beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern alle Auskünfte – einschließlich Vorerkrankungen – zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können, sofern die von mir beauftragte Anwaltskanzlei der jeweiligen vorgenannten Stelle diese Erklärung zu diesem Zwecke vorlegt.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)