

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs- Erklärung

R U H N K E
Anwaltskanzlei

Reesendamm 3 • 20095 Hamburg

Hiermit entbinde ich,

Name: _____ geboren am: _____

wohnhaft: _____

alle Ärzte, die mich anlässlich der Folgen aus dem Schadenereignis vom _____
und wegen der hierbei erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt Felix Ruhnke, Reesendamm 3, 20095 Hamburg, gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält, sofern die Auskunft von Dritten eingeholt wird.

Damit die Versicherung die geltend gemachten Ansprüche bearbeiten kann, muss diese Gesundheitsdaten erhalten, speichern und bearbeiten. Hierzu ist Ihre Einwilligung erforderlich.

Ich willige ein, dass die bearbeitende Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung erstreckt sich auch auf die Bearbeitung von Ansprüchen, die ursprünglich mir zugestanden haben und durch gesetzlichen Forderungsübergang auf Dritte (z.B. Krankenversicherer) übergegangen sind.

Damit die Versicherung die geltend gemachten Ansprüche unter Inanspruchnahme von Fachleuten bearbeiten kann, ist Ihre Einwilligung in die Weitergabe ihrer Gesundheitsdaten erforderlich.

Ich willige ein, dass die bearbeitende Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten an externe medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesem 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 und von diesem Zweck entsprechend verwendet werden.

Ich wünsche, über die jeweilige Datenweitergabe unterrichtet zu werden.

Diese Einwilligungserklärung entspricht dem Beschluss des Düsseldorfer Kreises vom 17.1.2012.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte tragen Sie nachfolgend sämtliche Ärzte mit Namen und Adresse ein, bei denen Sie wegen der unfallbedingten Verletzungen in Behandlung gewesen sind:
