



Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

(Vorname, Name).....

(Anschrift).....

(Geburtsdatum).....

alle Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die mich im Zusammenhang mit den Verletzungsfolgen des Verkehrsunfalls/Schadensfalls vom _____ behandelt haben, von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Rechtsanwälten unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem vom mir beauftragten

Rechtsanwalt René Boldt
Goethestr. 5
96450 Coburg
Tel: 09561/5126870
Fax: 09561/5126878

zur Verfügung gestellt wird. Die Schweigepflichtentbindung gilt auch für evtl. Vorerkrankungen, soweit diese Auswirkungen auf meine unfallbedingten Verletzungen haben können.

Ich willige ein, dass die Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie zum Beispiel meine Krankenversicherung) übergegangen sind.

Coburg, den _____