

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich:

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft _____

sämtliche Ärzte sowie sonstige behandelnde Stellen (z. B. Physiotherapeuten, Krankenhäuser, etc.), die mich aus Anlass des Schadensfalles vom _____ in

_____ behandelt haben, behandeln oder noch behandeln werden, gegenüber

1. den Rechtsanwälten Paul Lehrter, Eric Böert, Dr. Thorsten Kassner, Jennifer Brune, Madeleine Weiner, Jutta Reutter, Oststraße 16, 49477 Ibbenbüren

2. _____

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Die Ärzte sowie die sonstige behandelnde Stellen sind insbesondere auch berechtigt, auf Anforderung mich betreffende Unterlagen zur Verfügung zu stellen bzw. Einsicht zu gestatten.

Ich willige ausdrücklich darin ein, dass die zu 2. genannte Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche erforderlich ist.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten auch an Dritte zur Nutzung weitergegeben werden, soweit dies zur Ermittlung meiner Ansprüche erforderlich ist, z. B. an externe Gutachter oder Mediziner oder an andere seitens der zu 2. genannten Haftpflichtversicherung mit der Schadenbearbeitung beauftragte Stellen.

Obige Rechtsanwälte sind befugt, die Schweigepflichtentbindungserklärung auf anderweitige Dritte zu erstrecken.

Hinweis zur Datenverarbeitung

Der Mandant wurde gem. § 4a BDSG darauf hingewiesen, dass seine persönlichen Daten (Name/ Anschrift/ Kontaktmöglichkeiten/Bankverbindung) zum Zwecke der Mandatsbearbeitung und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet werden. Mit der Mandatserteilung wird die Einwilligung zur entsprechenden Verarbeitung der Daten erteilt.

_____, Datum

Unterschrift
(bei minderjährigen der/s gesetzlichen Vertreters)