

# Schweigepflichtentbindungs- und Einwilligungserklärung

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

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen oder anderen Beteiligten, z. B. aus Polizeiberichten oder von verschiedenen Versicherern. Diese Daten speichern und nutzen wir, ausschließlich um die für Sie geltend zu machenden Ansprüche zu bearbeiten.

**Hiermit willige ich,**

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

**ein, dass die Rechtsanwälte Frömmig Gürtler meine Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dies zur Bearbeitung des Mandats erforderlich ist.**

## 2. Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Um Ansprüche für Sie geltend machen zu können, müssen Gesundheitsdaten an Dritte, z. B. Gerichte, Haftpflichtversicherer oder gesetzliche Versicherer weitergeleitet werden.

**Hiermit willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen gemäß Artikel 9 Absatz 2 f DSGVO weitergeleitet werden.**

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

Zur Prüfung der von Ihnen geltend gemachten Ansprüche ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, welche über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Das gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein können.

Bitte tragen Sie nachfolgend Namen und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den eingetretenen Gesundheitsschaden bzw. Ihre Gesundheitsbeeinträchtigungen einholen dürfen. Solche Stellen können Ärzte, Pflegepersonen; Bedienstete von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Personenversicherern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften oder Behörden sein.

**Ich willige ein, dass die Rechtsanwälte Frömmig Gürtler meine Gesundheitsdaten, soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist oder für die Durchsetzung meines Anspruchs notwendig ist, bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.**

---

---

---

---

---

Name	Anschrift	Fachrichtung
------	-----------	--------------

**Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des in Rede in stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.**

**Ich bin damit einverstanden, dass die oben benannten Stellen dazu über das Schadenereignis bzw. meinen sozialrechtlichen Anspruch informiert werden.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift