

Schweigepflichtentbindungserklärung

Betrifft: **Unfall, Schaden vom:** _____
Patient: **Name, Vorname:** _____
 Anschrift: _____

Hiermit **entbinde** ich alle Ärzte,
insbesondere _____

_____ ,

und dortige Mitarbeiter die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie außerdem, Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch ärztliche Atteste, Diagnosen, Patientenunterlagen und Gutachten herauszugeben und/oder zu erstatten.

Diese Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung erteile ich aber nur unter der Bedingung, dass immer alle ärztlichen Atteste, Gutachten, Auskünfte und Stellungnahmen gegen Kostenerstattung schriftlich erteilt und ausnahmslos alle Unterlagen, Dokumente oder Auskünfte ausschließlich der von mir beauftragten Anwaltskanzlei BTO Braeske Thomas Otto Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Körnerstraße 68, 04107 Leipzig, zur weiteren Verfügung zugesandt werden.

Anderen Dritten gegenüber, (Versicherungen, Behörden, etc.) gilt diese Entbindung nur, wenn die Unterlagen über die Anwaltskanzlei BTO Braeske Thomas Otto Rechtsanwälte Partnerschaft mbB angefordert werden und von dort weitergereicht werden.

Ich weise meine Ärzte hiermit an, dies zu beachten und andernfalls keinem Dritten unbefugt Auskünfte zu erteilen.

Ich bin auch nach BDatSchG und der DatSchGVO darüber belehrt, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung und Abwicklung meines Schadensfalles und Mandates benutzt und gespeichert werden. Hiermit bin ich ausdrücklich einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift