

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe Einwilligung zur Datenverarbeitung nach DSGVO

Die nachfolgend benannten Ärzte/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

1.

2.

3.

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

entbinde ich,

geb. am: _____ in: _____
(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt

Michael Lobitz,
Werkstättenstraße 39 c,
51379 Leverkusen

auf dessen Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Weiterhin willige ich in eine Datenverarbeitung der übermittelten Daten seitens des oben genannten Rechtsanwaltes gemäß den datenschutzrechtlichen Vorgaben ein.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist (bitte ankreuzen):

- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom _____
- die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aus der ärztl. Behandlung vom _____
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Sozialleistungsträger _____
(einschließlich der dortigen Akteneinsicht).
-

Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungs-trägern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)