

Schweigepflichtentbindung

In Sachen _____

entbinde ich, _____
Vorname, Name

alle Ärzte, Psychiater, und Psychologen sowie sämtliche Apotheker und Mitarbeiter privater und gesetzlicher Versicherer und Abrechnungsstellen, wegen aller im Zusammenhang mit meinen aufgrund des Unfalls/ Vorfalles vom stehenden Behandlungen von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber

1. den Rechtsanwälten Kröger Krusemeyer Gronheid, Ibbenbüren,
2. _____

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung von persönlichen Daten – ggf. einschließlich meiner Gesundheitsdaten – durch die beteiligten Dritten, insbesondere auch durch Versicherer, einverstanden, soweit dies zur Bearbeitung der geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist. Ich bin mit der Weitergabe an medizinische Gutachter einverstanden, soweit dies erforderlich ist.

Die Zustimmung erteile ich unter der Bedingung, dass ich über die Weitergabe der Daten und den Inhalt der weitergegebenen Daten informiert werde und mir Stellungnahmen/ Gutachten der medizinischen Gutachter unaufgefordert unverzüglich zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift