

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle mich anlässlich des am _____ erlittenen Unfalls behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten:

1. Versicherungsgesellschaften
2. Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
3. den beteiligten Rechtsanwälten bzw. Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und hiervon jeweils zugleich eine Kopie der von mir ausgewählten Rechtsanwältin Toben zusenden.

Einwilligung Datenschutz

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung, dass meine personenbezogenen Daten an die oben genannte Rechtsanwältin Toben, an die regulierungspflichtige Versicherung sowie anderer notwendiger Stellen, wie Polizei und Staatsanwaltschaft zum Zwecke der Schadenregulierung weitergeleitet werden. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der beauftragten Rechtsanwältin widerrufen.

Ort, Datum, Unterschrift