

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

### **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

1.

Ich willige ein, dass

die beteiligte Versicherungsgesellschaft,  
die beteiligten Gerichte und Strafverfolgungsbehörden und  
die beteiligten Rechtsanwälte

- soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruches erforderlich ist -  
meine Gesundheitsdaten bei den mich behandelnden Ärzten erhebt und für diese Zwecke ver-  
wendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von  
ihrer Schweigepflicht.

Bedingung hierfür ist, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte

**Geisenhainer Dr. Ammann & Kollegen**

**Rheinstraße 25**

**77815 Bühl**

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen  
erhalten.

2.

Ich willige ein, dass die beteiligte Versicherungsgesellschaft meine Gesundheitsdaten erhebt,  
speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzan-  
spruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf  
Dritte (wie z.B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)