

Entbindung der Schweigepflicht

Schwarz, Wolfgang | Lorbächer, Dirk | Hufen-Fischer, Bärbel
Mannheimer Straße 192 | 69123 Heidelberg | Fon 06221 . 75 78 60 | Fax 06221 . 75 78 620

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahn und/oder Angehörigen anderer Heilberufe, sowie Bediensteten von Krankenhäusern, Kliniken und Behörden

Arzt

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

entbinde ich

Mandanten

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb. Datum: _____

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und dem/die von mir beauftragte Rechtsanwalt/Rechtsanwälte auf dessen/deren Anforderung in Kopie (gegen Auslagenerstattung) zugesandt werden.

Aus folgendem Anlass:

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

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe, sowie Bedienstete(n) von Krankenhäusern, Kliniken und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälte/

Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umfänge – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem oben genannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadensereignis informiert werden. Zur Prüfung der Ansprüche müssen Gesundheitsdaten erhoben und verwendet werden. Dabei kann es auch zu deren Weitergaben an externe Stellen kommen, etwa an einen medizinischen Gutachter oder einen sonstigen Dienstleister. Selbstverständlich verpflichten wir alle externen Stellen, an die wir Ihre Gesundheitsdaten weitergeben, die Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit einzuhalten. Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass wir nach den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Erhebung, Verwendung und Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten sowie deren Abfrage bei Dritten Ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung benötigen. Erhalten wir Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie zum Beispiel Behörden, speichern und nutzen wir diese Dateien, um die von Ihnen geltend gemachten Ansprüche geltend machen zu können.

Ich willige ein, dass die Rechtsanwaltskanzlei SLH meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie zum Beispiel meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

Ort, Datum _____ Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter) _____