Schweigepflichtentbindungserklärung und datenschutzrechtliche Einwilligung

1. Mandant/in:

- Name, Vorname: _____
- Anschrift: _____
- Geburtsdatum: _____
- Unfallereignis vom: _____

2. Ich entbinde hiermit die nachfolgend aufgeführten Ärzte, Kliniken und medizinischen Einrichtungen:

1. _____
2. _____
3. _____

die mich im Zusammenhang mit dem oben genannten Unfallereignis behandelt haben oder behandelnd werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung erfolgt ausschließlich gegenüber meinem beauftragten Rechtsanwalt Raik Dahlmann, Uferstraße 3, 15230 Frankfurt (Oder). Die Entbindung und die nachfolgende datenschutzrechtliche Einwilligung gelten für sämtliche medizinischen Daten, Befunde, Behandlungsdokumentationen, Gutachten und Krankenunterlagen, die zur Geltendmachung, Durchsetzung oder Abwehr von Rechtsansprüchen aus dem oben genannten Unfallereignis durch meinen Rechtsanwalt erforderlich sind.

3. Ich willige ausdrücklich ein, dass die unter Ziffer 2 genannten Ärzte und Institutionen meine personenbezogenen Daten, einschließlich meiner Gesundheitsdaten (besondere Kategorien personenbezogener Daten), an Rechtsanwalt Raik Dahlmann zum Zweck der rechtlichen Vertretung übermitteln und dort verarbeiten dürfen.

4. Die Erteilung dieser Erklärung erfolgt vollkommen freiwillig.

5. Widerrufsbelehrung: Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise gegenüber den unter Ziffer 2 genannten Ärzten oder gegenüber meinem Rechtsanwalt widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

6. Diese Erklärung ist zeitlich auf die Dauer der Mandatsabwicklung bezüglich des oben genannten Unfallereignisses befristet.

Ort, Datum: _____ _____

Unterschrift Mandant/in

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigte/r / Gesetzliche/r Vertreter/in: (Erforderlich bei Minderjährigen oder Personen mit gesetzlicher Betreuung – bitte Name in Druckbuchstaben:

*Name Erziehungsberechtigte/r / Gesetzliche/r Vertreter/in:*_____

Unterschrift: _____