

**Einwilligungs - und Schweigepflichtentbindungserklärung für Versicherungsgesellschaften in der Schadensabwicklung,  
beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden sowie die  
Rechtsanwaltskanzlei Harre & Koch-Fahs (Innungsstraße 9, 21244 Buchholz)**

Anspruchsteller/in und Erklärende/r:

Name:

Vorname:

Geboren am:

Anschrift:

**1. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich, der/die Vorgenannte, alle Ärzte, Therapeuten und sonst wie behandelnden Personen, die mich aus Anlass des Verkehrsunfalls/Unfalls vom ..... behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

den Rechtsanwälten Harre & Koch Fahs, Innungsstraße 9, 21244 Buchholz;

etwaigen beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden;

den regulierungspflichtigen Versicherungsgesellschaften, nämlich .....

Auskünfte und Stellungnahmen dürfen ausschließlich schriftlich oder per E-Mail erteilt werden und müssen zugleich den vorgenannten Rechtsanwälten in Kopie zur Kenntnis übermittelt werden.

**2. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten**

Ich, der/die Vorgenannte, willige ein, dass die unter obiger Ziffer 1. Genannten meine Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen können, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte, wie z. B. meinen Krankenversicherer, übergegangen sind.

Ich willige ferner ein, dass die unter obiger Ziffer 1. Genannten meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergeben und die Daten von diesen verwendet werden dürfen, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an die unter obiger Ziffer 1. Genannten zurück übermittelt und von diesen zweckentsprechend verwendet werden.

Ich willige letztens ein, dass die unter obiger Ziffer 1. genannten Versicherungsgesellschaften meine Gesundheitsdaten an Dritte und Dienstleister diese Versicherungsgesellschaften zum Zwecke der Prüfung meiner Ansprüche weitergeben dürfen und meine Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherungsgesellschaften selbst dies dürften.

Sämtliche vorgenannten Einwilligungserklärungen erfolgen unter dem Vorbehalt und der Voraussetzung, dass die unter obiger Ziffer 1. Genannten im Falle der Weitergabe meiner Gesundheitsdaten sichergestellt haben, dass auch die Dritten und Dienstleister meine Gesundheitsdaten nur in dem zur Prüfung und Bewertung meiner Schadensersatzansprüche aus dem oben genannten Unfallereignis erforderlichen Umfang verwenden.

**3. Löschung meiner Gesundheitsdaten**

Ich verlange von den in obiger Ziffer 1. Genannten unverzüglich Löschung aller meiner aus Anlass des Schadensereignisses erhobenen und gespeicherten Daten nach Abschluss der Schadensregulierung.

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/in (ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des/der Anspruchstellers/in)