

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

.....
(Name, ggf. Geburtsname, Vorname)

.....
(Geburtstag/Geburtsort)

.....
(Wohnort und Straße)

mich in Sachen:

.....
.....

wegen:

.....

mit der Heranziehung und der Einsichtnahme in die über meine gesundheitlichen Verhältnisse geführten Unterlagen aller Art einschließlich hierzu gefertigter technischer Aufzeichnungen durch meinen bevollmächtigten Rechtsanwalt German Hartmann, Söllnerstraße 1a, 92637 Weiden i. d. OPf. , sowie in die Schadensregulierung eingeschaltete (Haftpflicht-) Versicherungen und Krankenkassen einschließlich Medizinischem Dienst, beteiligte Behörden sowie das erkennende Gericht und die von ihm beauftragten medizinischen Sachverständigen und sonstige Auskunftspersonen vorbehaltlos einverstanden.

Der fallbezogenen Verwertung der Patientenunterlagen, der Akten anderer Behörden und Sozialversicherungsträger sowie von beigezogenen Verfahrensakten aus laufenden oder bereits abgeschlossenen gerichtlichen Verfahren, die für diese Angelegenheit von Bedeutung sind, stimme ich zu. Dies gilt auch im vorgerichtlichen Stadium.

Ich entbinde alle Ärzte/Therapeuten, bei denen ich in Behandlung war, bin und noch im weiteren Verlauf dieses Falles sein werde, sowie deren Hilfspersonen von der ihnen mir gegenüber obliegenden Schweigepflicht, auch in Bezug auf sozialrechtliche und sonstige Geheimhaltungspflichten zum Schutz der Privatsphäre.

Weiden,

.....
Mandant