

Akte:

Az.:

R A L F R Ü T T E R

Rechtsanwalt

41564 Kaarst ♦ Matth.-Claudius-Str. 13a

Tel.: 02131 521 66 21 ♦ Fax:*521 66 22

E-Mail: kanzlei@rechtsanwalt-ruetter.de

Personalien des(r) verletzten Patienten(in):

Vorname, Name

geb. am: _____

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Anlässlich meines Unfalls vom _____ erkläre ich folgendes:

Einwilligung in die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Weitergabe von Gesundheitsdaten

Mir ist bekannt, dass zur Führung des Mandates Rechtsanwalt Rütter Gesundheitsdaten von mir und ggf. anderen Beteiligten, z.B. meinem minderjährigen Kind, erhält. Ich willige ein, dass Herr Rechtsanwalt Rütter berechtigt ist, meine Gesundheitsdaten zu erheben, zu speichern und zu nutzen, insbesondere auch an Stellen weiterzugeben, die mit der Sache befasst sind oder befasst werden sollen, soweit dies zur Bearbeitung meiner Ansprüche erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (z.B. Krankenkasse), übergegangen sind.

Einwilligung in die Erhebung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass Herr Rechtsanwalt Rütter anlässlich meines Unfalls bei den nachstehenden Stellen (z.B. Ärzte, Krankenhauspersonal, Pflegepersonen, Personenversicherern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) meine Gesundheitsdaten erhebt. Hiermit entbinde ich - bis auf Widerruf - die unten genannten Stellen von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Herrn Rechtsanwalt Rütter. Ich bin damit einverstanden, dass der genannte Personenkreis alle Auskünfte über mich gibt, die von Herrn Rechtsanwalt Rütter angefordert werden.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Ich befreie Herrn Rechtsanwalt Rütter - bis auf Widerruf - von seiner Verschwiegenheitsverpflichtung, soweit er in meinem Namen für mich Ansprüche verfolgt, die mit dem o.g. Unfallereignis im Zusammenhang stehen.

Soweit die Unfallopfer eine minderjährige Person ist, wird die Erklärung in der Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter dieser Personen abgegeben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient(in)/gesetzl. Vertreter