

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ärzte unterliegen wie auch Rechtsanwälte der gesetzlichen Schweigepflicht. Dies bedeutet, dass sie nur dann Auskünfte über durchgeführte Behandlungen, zu Verletzungen, Diagnosen etc. erteilen dürfen, wenn sie zuvor von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden werden. Zur Durchsetzung der Schadenersatzansprüche ist es aber wichtig zu wissen, welche Verletzungen eingetreten sind. Dies vorausgeschickt

entbinde ich

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum)

wegen des Unfallereignisses vom

---

die nachfolgend benannten Ärzte:

---

---

---

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte bzw. des Krankenhauses)

hiermit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sind befugt, Fincke Rechtsanwälte und den in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften über alle Umstände Auskunft zu geben, die mit dem vorbezeichneten Unfallereignis im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)

(Akten-Nr. + Kürzel RA)

## Einwilligungserklärung Datenschutz

### 1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z.B. behandelnden Ärzten. Diese Daten speichern und nutzen wir, um Ihre Ansprüche gegenüber der eintrittspflichtigen Haftpflichtversicherung geltend zu machen. Auch die in Anspruch genommene Haftpflichtversicherung speichert und nutzt diese Daten.

**Ich willige ein, dass Fincke Rechtsanwälte meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt. Ich willige ein, dass die in Anspruch genommene Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des geltend gemachten Schadenersatz- und Schmerzensgeldanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z.B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.**

2. Ich willige ein, dass die in Anspruch genommene Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern und eingeschalteten Dritten an die in Anspruch genommene Haftpflichtversicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

### 3. Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung

Sie können die erteilte Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten / Gesundheitsdaten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf kann per E-Mail an [unfall@fincke-ra.de](mailto:unfall@fincke-ra.de), per Post an die Anschrift Fincke Rechtsanwälte, Othestr. 4, 51702 Bergneustadt oder per Telefax unter der Nummer 02261 / 9442-22 gerichtet werden. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf keine Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit der bisherigen Datenverarbeitung hat und dass er sich nicht auf solche Datenverarbeitungen erstreckt, für die ein gesetzlicher Erlaubnisgrund vorliegt und die daher auch ohne Ihre Einwilligung verarbeitet werden dürfen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)