

1. Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit

_____ stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem Bevollmächtigten **Rechtsanwalt Andrey Lepscheew Podbielskistraße 87, 30177 Hannover,** sowie der Versicherungsgesellschaft

_____ Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

2. Einwilligung in die Erhebung und Nutzung der Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass der sich aus dem Anschreiben ergebende Versicherer meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z.B. meine Krankenversicherer) übergegangen sind.

3. Einwilligung in die Weitergabe der Gesundheitsdaten zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an den Versicherer zurück übermittelt, von diesem zweckentsprechend verwendet werden, wobei eine Kopie des Gutachtens an mich zu übermitteln ist.

Vorname, Name: _____,

geboren am: _____, in: _____

Anschrift: _____

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift