

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

und BÖHM.Rechtsanwälte – soweit es für die Bearbeitung der erhobenen Ansprüche  
anlässlich des<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ erforderlich ist – meine Gesund-  
heitsdaten insbesondere bei folgenden Stellen<sup>3</sup>,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

für diese Zwecke erheben, speichern und nutzen.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass insoweit meine Gesundheitsdaten  
durch<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ und BÖHM.Rechtsanwälte an  
die oben genannten Stellen und sonstige Stellen, deren Hilfe sich<sup>1</sup>  
\_\_\_\_\_ und BÖHM.Rechtsanwälte zur Erledigung  
von Aufgaben im Zusammenhang mit der Bearbeitung der erhobenen Ansprüche  
bedienen, weitergegeben und von diesen für den angegebenen Zweck im gleichen  
Umfang erhoben, gespeichert und genutzt werden.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet,  
von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde  
darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst  
beibringen kann. Werden von<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ und  
BÖHM.Rechtsanwälte Aufgaben im obigen Sinne auf sonstige Stellen übertragen,  
bin ich damit einverstanden, dass meine diesbezügliche Unterrichtung durch Verweis  
auf im Internet einsehbare, gültige Listen dieser sonstigen Stellen erfolgt.

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Versicherer, Behörde, Krankenkasse usw.

<sup>2</sup> Unfallereignis, Versicherungsfall usw., jeweils mit Datumsangabe

<sup>3</sup> behandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen usw.

Ich befreie alle genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung(en) von ihrer Schweigepflicht, soweit es für die Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen über das Schadenergebnis informiert werden, soweit dies zur Beurteilung von medizinischen Fragen von Bedeutung ist.

### **Erklärung für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung des erhobenen Schadenersatzanspruchs kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung:

Soweit zur Prüfung des erhobenen Schadenersatzanspruchs nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und/oder genutzt werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben über.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift Anspruchsteller**