

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 (z. B.: Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Kurberichte, Röntgenbilder, technische Aufzeichnungen aller Art) durch meine bevollmächtigten Rechtsanwälte König Strässer & Partner GbR, in die Schadensregulierung eingeschaltete (Haftpflicht-) Versicherungen und Krankenkassen nebst MDK, beteiligte (Sozial-) Behörden sowie das erkennende Gericht und die von ihm beauftragten medizinischen Sachverständigen, Zeugen und sonstige Auskunftspersonen vorbehaltlos einverstanden.

Ich genehmige zugleich die verfahrensbezogene Verwertung der Patientenunterlagen und der Akten anderer Behörden und Sozialversicherungsträger sowie von beigezogenen Streitakten aus laufenden oder bereits abgeschlossenen gerichtlichen Verfahren, die für diese Angelegenheit von Bedeutung sind. Dies gilt auch im vorgeordneten Stadium.

Ich entbinde die Ärzte/Zahnärzte/Psychotherapeuten, 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.

Münster,
(Ort)

(Datum)

.....