

**Kostenloser Telefonservice: Telefon 0751 3529735**

Ihre Fachanwälte für Medizinrecht in Ravensburg  
Bundesweit. Parteiisch. Schnell. Kompetent.

mail: [kanzlei@beyerlin.de](mailto:kanzlei@beyerlin.de)  
Web: [www.fachanwaeltemedizinrecht.de](http://www.fachanwaeltemedizinrecht.de)

## Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindung

Name des Patienten:.....

Anschrift:.....

Geburtsdatum:.....

### **1. Einwilligung in die Speicherung der Gesundheitsdaten**

Ich willige ein, dass der Empfänger dieser Erklärung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist.

### **2. Einwilligung in die Weitergabe der Gesundheitsdaten**

Ich willige ein, dass der Empfänger dieser Erklärung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesem verwendet werden, soweit es zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von dem Gutachter an den Empfänger dieser Erklärung zurück übermittelt werden.

Beide Einwilligungen ergehen unter dem Vorbehalt, dass auch mir das Ergebnis der medizinischen Begutachtung übermittelt wird.

### 3. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich willige ein, dass der Empfänger diese Erklärung meine Gesundheitsdaten, soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruches erforderlich ist, bei den nachfolgenden Stellen erhebt:

Name

.....

Adresse

.....

Name

.....

Adresse

.....

Name

.....

Adresse

.....

Name

.....

Adresse

.....

Name

.....

Adresse

.....

Name

.....

Adresse

.....

Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, soweit diese direkt für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadensereignis informiert werden.

#### **4. Erklärung für den Fall des Todes**

Soweit zur Prüfung des erhobenen Schadensersatzanspruches nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben über.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

.....

.....