

## ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEFLICHT

### I. Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Wohnanschrift:** \_\_\_\_\_

die nachfolgend genannten Ärzte wegen eines Unfalls / Vorfalls vom \_\_\_\_\_  
von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Anwaltskanzlei Cakmak, Zweigerstraße  
32a, 45130 Essen sowie gegenüber der diese Bescheinigung vorlegenden Versicherung(en).

**Arzt / Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

*vollständige Anschrift:* \_\_\_\_\_

**Arzt / Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

*vollständige Anschrift:* \_\_\_\_\_

**Arzt / Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

*vollständige Anschrift:* \_\_\_\_\_

### II. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Anwaltskanzlei Cakmak sowie die diese Bescheinigung vorlegenden Versicherungen(en) meine Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Schadensersatzansprüche erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (z.B. meiner Krankenversicherung) übergegangen sind.

### III. Einwilligung in die Weitergabe von Gesundheitsdaten zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die Anwaltskanzlei Cakmak sowie die diese Bescheinigung vorlegenden Versicherungen(en) meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergeben 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 die Anwaltskanzlei Cakmak sowie den Versicherungen zurück übermittelt und von diesen zweckentsprechend verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift