

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geb.:

Anschrift:

entbindet hiermit folgende /-n Arzt/Ärzte:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

, die mich aus Anlass der am _____ erlittenen Verletzung /-en
behandelt hat / haben bzw. behandeln werden,
von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

den / der beteiligten Versicherungsgesellschaft /-en

den / dem beteiligten Gericht /-en und Strafverfolgungsbehörde /-n

der Kanzlei Sommer, Rechtsanwalt Christopher Sommer

unter der Bedingung, dass der/die Arzt/Ärzte Auskünfte, Befundberichte, Behandlungsunterlagen und ärztliche
Stellungnahmen schriftlich erteilen, soweit diese zur Bearbeitung der oben bezeichneten Angelegenheit erforderlich sind,
und hiervon jeweils zugleich eine Kopie an die von mir beauftragte Kanzlei Sommer übersenden.

**Kanzlei Sommer
Rechtsanwalt
Christopher Sommer
Donaustraße 7**

89597 Munderkingen

Mir ist bekannt, dass die aufgrund dieser Erklärung übermittelten Informationen Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 9 DSGVO enthalten können. Ich willige ausdrücklich in deren Verarbeitung und Übermittlung ein, soweit dies zur Bearbeitung der oben bezeichneten Angelegenheit erforderlich ist.
Diese Schweigepflichtentbindung und Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift