

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorliegend entbinde ich,

Name, Vorname:

Anschrift:
.....

Geburtsdatum und -ort:

alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe, die mich anlässlich
des Verkehrsunfalls vom
untersucht oder behandelt haben, von der Schweigepflicht, auch übermeinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gilt insbesondere gegenüber meiner Rechtsanwältin, der



sowie allen an der Abwicklung beteiligten Versicherungsgesellschaften und deren Rechtsanwälten,
Strafverfolgungsbehörden und Gerichten.

Die vorgenannten Stellen dürfen die Daten verarbeiten und speichern.

Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass meiner Rechtsanwältin alle Auskünfte erteilt werden, die im
Zusammenhang des obigen Schadensereignisses stehen und Abschriften von Berichten und Gutachten zur
Verfügung gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß Art. 15 DSGVO das Recht habe, Auskunft über die zu meiner Person
gespeicherten Daten einschließlich eventueller Empfänger und der geplanten Speicherdauer zu erhalten.
Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht mir nach Art. 16 DSGVO das Recht auf
Berichtigung zu.

Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen kann ich die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung
verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Unbeschadet sonstiger Rechte kann ich die Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift