

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung der geltend gemachten Schadenersatzansprüche ist es notwendig, Befundberichte von behandelnden Ärzten einzuholen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen.

Ich teile hiermit nachfolgend Namen und Anschrift der behandelnden Stellen mit, bei denen die gegnerische Versicherung Informationen über den Gesundheitsschaden einholen darf.

Ich willige ein, dass das Unternehmen meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist - bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht.

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

---

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/in  
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Geburtsdatum

---

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)