

Kanzlei-Az.:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich,

dass ich alle Ärzte, Heilpraktiker, Physiotherapeuten und Angehörige anderer Heilberufe und Behörden, die mich im Zusammenhang mit dem

Vorfall vom behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer

ärztlichen Schweigepflicht

gegenüber der Rechtsanwaltskanzlei THOMAS WEITZ, den mit der Regulierung befassten Versicherungen sowie im Streitfall gegenüber den zuständigen Gerichten auch über meinen Tod hinaus

entbinde.

Ich wurde bisher von folgenden Personen behandelt:

_____, den

(Unterschrift)

Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Rechtsanwaltskanzlei THOMAS WEITZ, die mit der Regulierung befassten Versicherungen sowie im Streitfall die zuständigen Gerichte meine Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dies für die Bearbeitung der von mir geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist. Die Einwilligung umfasst auch die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter und deren Verwendung, soweit dies für die Bearbeitung der von mir geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist.

_____, den

(Unterschrift)