



Michael Kümpel

Rechtsanwalt

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft Straße: _____

PLZ; Ort: _____

alle behandelnden Ärzte, sowie ggf. Bedienstete von Krankenanstalten sowie Rechtsanwalt Michael Kümpel von ihrer ärztlichen, gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht bezüglich meiner unfallbedingten Behandlung. Anlass für diese freiwillig abgegebene Erklärung ist das Unfallereignis

vom

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Beteiligten über das Schadensereignis informiert werden, soweit dies zur Begutachtung von medizinischen Fragen von Bedeutung ist. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ausschließlich auf schriftliche Anfragen hin alle erforderlichen Auskünfte, die mit vorgenanntem Anlass in Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Ich willige ein, dass die oben genannten Beteiligten die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen dürfen, soweit dies im Rahmen der Feststellung des Gesundheitsschadens erforderlich ist.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sollen dem von mir beauftragten Rechtsanwalt Michael Kümpel, Heydenreichstr. 4, 07749 Jena, Fax: 03641-637891 Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Jena, den

Unterschrift