

## Ärztliche Schweigepflichtenbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_,

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

alle Ärzte, die mich aus Anlass der am \_\_\_\_\_ erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten und von mir beauftragten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
- den beteiligten und von mir beauftragten Rechtsdienstleistern

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Verfolgung meiner rechtlichen Ansprüche aus dem oben näher datiertem Schadensereignis.

Zugleich gestatte ich, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie an:

VINQO - Legal Data Technology GmbH

Heinz-Fangman-Straße 2-6

42287 Wuppertal

Telefon: 0202 25625 000

Telefax: 0202 25625 010

E-Mail: info@vinqo.de

zu senden. Mir steht das Recht zu, diese Erklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift