



Name

Vorname

Geburtsdatum

### **Schweigepflichtentbindung**

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der Prüfung meiner Schadensersatz-/Schmerzensgeldforderung die von mir nach dem Unfall in Anspruch genommenen

Ärzte

Name und Anschrift

Krankenanstalten

Name und Anschrift

Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenversicherung/Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

Name und Anschrift der Rentenversicherung/Versicherungsnummer

Berufsgenossenschaft

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft/Versicherungsnummer

der Senatsverwaltung für Finanzen Auskunft über meine (Vor-)Erkrankungen erteilen sowie mich betreffende Aufzeichnungen (Krankengeschichte/Röntgenaufnahmen u.a.) zur Einsicht überlassen, soweit diese im Zusammenhang mit den Unfallfolgen stehen und zur Bearbeitung benötigt werden. Die Senatsverwaltung für Finanzen darf diese medizinischen Unterlagen in meiner Rechtsangelegenheit verwerten und Kopien an den von mir beauftragten Rechtsanwalt herausgeben.

Datum

Unterschrift