

**Schweigepflichtentbindungserklärung/Datenschutz**

hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_,  
freiwillig Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden  
von ihrer Schweigepflicht bzgl. meiner unfallbedingten Behandlung wegen meines Unfalls vom  
\_\_\_\_\_ gegenüber

**Rechtsanwalt Burghard Meyer**

**Syker Str. 19-21**

**28816 Stuhr,**

der \_\_\_\_\_ Versicherung, von dieser zur Anspruchsprüfung eingeschaltete  
Dritte und allen zuständigen Gerichten.

Darüber hinaus bin ich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch den  
zuständigen Versicherer und von ihm im Rahmen der Schadenssachbearbeitung eingeschalteter  
Dritter einverstanden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift