

Hiermit entbinde ich,

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

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

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**gesetzlicher Vertreter:** \_\_\_\_\_

alle mich behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, (Sozial-) Versicherungsträger und Behörden aller Art einschließlich der Amtsärzte

**in der Angelegenheit:** \_\_\_\_\_

von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber

**COM LEGAL Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Friedrichstraße 105, 52070 Aachen**

**Sachbearbeiter:** \_\_\_\_\_

sowie den Gerichten, (Sozial-) Versicherungen, Behörden und Personen, die mit der Bearbeitung meiner Angelegenheit befaßt sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die COM LEGAL Rechtsanwaltsgesellschaft mbH oder eine der mit meiner Angelegenheit befaßten Stellen

- alle mich betreffenden Krankenunterlagen (Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, etc.)
- Akten von Gerichten, Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen befinden können,
- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung bin oder war,

in Kopie gegen angemessene Kostenerstattung anfordert und sonstige Auskünfte einholt.

**Mit der Nutzung und Verarbeitung meiner Sozialdaten zum Zwecke der Wahrnehmung meiner Rechte bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass dies ohne meine Einwilligung gem. § 67 b SGB X unzulässig wäre.**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

(bei Minderjährigen der Eltern / des gesetzlichen Vertreters)

\_\_\_\_\_

Unterschrift RA/RAin