

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

gesetzlicher Vertreter:

PLZ, Ort:

Haftpflichtversicherung:

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

in der Angelegenheit:

von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber

MCF LAW PartGmbH, Friedrichstraße 69, 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 MCF LAW PartGmbH 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

Unterschrift
RA /RAIN