

Vorname, Name: _____ geb. am: _____

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Die Versicherung erhält Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z. B. dem Versicherten. Diese Daten speichern und nutzen die Versicherungen, um die gegen diese geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

Ich willige ein, dass die _____ meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z. B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die _____ meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an die _____ zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werden Sie unterrichtet.

b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Versicherung führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.

Die Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für diese erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die aktuelle Liste kann auch im Internet angefordert werden.

Ich willige ein, dass die _____ meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie es die _____ dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von dort an die _____ übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

3. Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf die Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen die Versicherung Informationen über den Gesundheitsschaden einholen darf. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass die Versicherung Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragt, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an die Versicherung zu senden oder senden zu lassen.

Ich willige ein, dass die _____ meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist - bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:

1. _____
(Namen, Anschrift, Fachrichtung)

2. _____
(Namen, Anschrift, Fachrichtung)

3. _____
(Namen, Anschrift, Fachrichtung)

4. _____
(Namen, Anschrift, Fachrichtung)

5. _____
(Namen, Anschrift, Fachrichtung)

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von der Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten. Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/in

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreter