

Name, Vorname _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Ansprüche aus dem Unfall/Vorfall vom _____

Schadensnummer Versicherer: _____

Einwilligungs- und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

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

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z.B. unserem Versicherten. Diese Daten speichern und nutzen wir, um die gegen uns geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

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

2. Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

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.

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

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzes ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsfragen 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 wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

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

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

1. _____
(Name, Anschrift, Fachrichtung)

2. _____
(Name, Anschrift, Fachrichtung)

3. _____
(Name, Anschrift, Fachrichtung)

4. _____
(Name, Anschrift, Fachrichtung)

5. _____
(Name, Anschrift, Fachrichtung)

6. _____
(Name, Anschrift, Fachrichtung)

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder auch Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von Ihrer 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 Schadensereignis informiert werden.

(Ort, Datum)

Unterschrift Anspruchsteller/-in
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres, soweit einsichtsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Anspruchstellers)