

Schweigepflichtentbindungserklärung

Schadennummer:

Versicherungsscheinnummer:

Schadendatum:

Name des Verletzten: _____

Geburtsdatum: _____

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsstandes 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, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen 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 übersenden oder übersenden zu lassen.

Die Versicherung führt die Attesteinholung nicht selbst durch, sondern überträgt diese ggfs. an einen Dienstleister.

Ich willige ein, dass die Anwaltskanzlei, und die

Versicherung meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist - bei den nachfolgenden Stellen erhebt:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche müssen Gesundheitsdaten erhoben und verwendet werden. Dabei kann es auch zu deren Weitergabe an externe Stellen kommen - etwa an einen medizinischen Gutachter oder einen sonstigen Dienstleister.

Selbstverständlich verpflichten wir alle externen Stellen, an die wir Ihre Gesundheitsdaten weitergeben, die Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit einzuhalten.

Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtsentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass wir nach den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Erhebung, Verwendung und Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten sowie deren Abfrage bei Dritten Ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung benötigen.

Erhalten wir Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z.B. Behörden, speichern und nutzen wir diese Daten, um die von Ihnen geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

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

Ort, Datum Unterschrift Anspruchsteller/in
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)