

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

der/des Geburtsdatum:

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

Die Versicherung erhält Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z. B. deren Versicherten. Diese Daten speichert und nutzt diese, um die gegen sie gelten gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

Ich willige ein, dass die

.....

(Name der gegnerischen Haftpflichtversicherung)

meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur 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 o. g. Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesem verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an o. g. Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werde ich unterrichtet.

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

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

Die o. g. 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 eingesehen werden oder beim Datenschutzbeauftragten der o. g. Versicherung angefordert werden.

Ich willige ein, dass die o. g. Versicherung meine Gesundheitsdaten an die 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 Versicherung dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von dort an die o. g. Versicherung übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

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

Zur Prüfung des gelten 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 o. g. Versicherung Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

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

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

1.
(Name, Anschrift, Fachrichtung)
2.
(Name, Anschrift, Fachrichtung)
3.
(Name, Anschrift, Fachrichtung)

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder 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 Schadenergebnis informiert werden.

Datum, Unterschrift Anspruchsteller/in (ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Datum, Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Anspruchstellers)