



Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Ich,

Vorname, Name _____

geboren am _____

wohnhaft _____

willige ein, dass meine Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und genutzt werden, 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. meinem Krankenversicherer) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

- a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Über die jeweilige Datenweitergabe werden Sie unterrichtet.

- b) Übertragung von Aufgaben an andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an andere Stellen weitergegeben werden und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse von den Stellen zurückübermittelt werden.

3. Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen die Informationen über den Gesundheitsschaden eingeholt werden dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.



Wollen Sie nicht, dass Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten angefragt werden, haben Sie alternativ die Möglichkeiten, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen erhoben werden:

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 Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

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

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller / in

(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)