

Einwilligung und Entbindungserklärung

Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Az:

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 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, Personenversicherungen, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden. Für diese Abfragen übernimmt die Versicherung die anfallenden Kosten.

Alternativ haben Sie natürlich auch die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an die Versicherung zu übersenden oder übersenden zu lassen .

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

Behandelnder Arzt/ Krankenhaus:

weiter Arzt/ Krankenhaus:

Name: _____

Name: _____

Abteilung: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Behandelnder Arzt/ Krankenhaus:

weiterer Arzt/ Krankenhaus:

Name: _____

Name: _____

Abteilung: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

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.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ort/Datum

Unterschrift verletzte Personen

ab Vollendung des 16. Lebensjahres (sofern einsichtsfähig)

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bis zur Vollendung
des 18. Lebensjahres der verletzten Person)