

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Es steht Ihnen frei, die Erklärung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst zu übersenden oder übersenden zu lassen. Den Widerruf der Einwilligung senden Sie ggf. bitte an folgende Adresse: Anwaltskanzlei Thoma, Dr. Helm & Kollegen GbR, Schulstraße 4 b, 86551 Aichach.

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

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

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

Ich willige ein, dass die zuständige Versicherung meine Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen darf, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Schadenersatzansprüche erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z.B. meine Krankenversicherung) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die zuständige Versicherung 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 zuständige Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe muss die zuständige Versicherung mich unterrichten.

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

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

Die zuständige Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Versicherung erheben, verarbeiten oder nutzen

unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Liste wird von der zuständigen Versicherung vorgelegt werden.

Ich willige ein, dass die zuständige Versicherung meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die zuständige Versicherung selbst dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die zuständige Versicherung zurück übermittelt 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. 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 zuständige Versicherung Informationen über den Gesundheitsschaden einholen darf.

Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass die zuständige Versicherung Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragt, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an die Versicherung zu übersenden oder durch uns, die Anwaltskanzlei Thoma, Dr. Helm & Kollegen GbR, übersenden zu lassen.

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

1. _____

2. _____

3. _____

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von Ihrer ärztlichen 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.

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/-in

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters