

Einwilligungs- und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

(nur zum Gebrauch von Mandanten der Kanzlei Claus W. Buse)

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

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dieses zur Bearbeitung des von mir geltend gemachten Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (zum Beispiel meine Krankenversicherung) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten

a.) Medizinische Begutachtung

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet, soweit dies zur Bearbeitung der von mir geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an die vorgenannte Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet.

Die vorgenannte Versicherung informiert mich über die jeweilige Datenweitergabe.

b.) Übertragung von Aufgaben an andere Personen oder Unternehmen

Die oben genannte Versicherung führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung meiner Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch; die Versicherung überträgt die diesbezügliche Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass meine Gesundheitsdaten an diese Stelle weiter geleitet und dort verarbeitet und genutzt werden. Die Versicherung informiert mich über diese Stelle.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an diese Stelle weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie es die oben genannte Versicherung dürfte.

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

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

(Alternativ habe ich auch die Möglichkeit, meine Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an die vorgenannte Versicherung zu senden oder senden zu lassen.)

Ich befreie hiermit die genannten Ärzte, sonst genannten Personen und/oder Mitarbeiter der genannten Einrichtungen 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 können.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchstellers

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

(bei Anspruchstellern unter 18 Jahren)