Schaden-Nr.:

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z.B. unserem Versicherten, sowie ggf. aus Polizeiberichten. Diese Daten speichern und nutzen wir, um die gegen uns geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

Ich, ..., geboren am ..... willige ein, dass die meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die 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 die 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 Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werden Sie unterrichtet.

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

Die 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 oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.
Die führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.bdsg.ruv.de eingesehen oder bei dem oben genannten Sachbearbeiter angefordert werden.

Ich willige ein, dass die 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 dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

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

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs 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 wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass wir Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an uns zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass die . meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist - bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.
Bitte vollständig ausfüllen und sämtliche Stellen, z.B. Ärzte usw. angeben:

.....

.....

.....

Ich befreie die genannten Personen 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.

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

.....
Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Anspruchstellers)

Anlage zu Ziffer 2b) der Einwilligungs-und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Haftpflicht-/Fahrerschutzversicherung

Liste der Dienstleister, auf die Aufgaben der Schadenbearbeitung übertragen worden sind