

RAe Topp
RECHTSANWÄLTE
Körnerstr.3; 32545 Bad Oeynhausen

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße / Hausnummer:
PLZ, Ort:
geb. am:

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem

--

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, und im Streitfall den zuständigen Gerichten, -auch über den Tod hinaus- entbinde. Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt auf für Vorerkrankungen, soweit diese im Hinblick auf die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen von Bedeutung sind.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer -soweit hierzu Anlass besteht- Angaben auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle erhalten muss. Auch insoweit entbinde ich alle behandelnden Ärzte uneingeschränkt von ihrer Schweigepflicht. Ich bin auch damit einverstanden, dass die erstellten Gutachten anderen Ärzten zugänglich gemacht werden.

Einer Erhebung von Gesundheitsdaten kann ich widersprechen. Mir ist bekannt, dass ein Widerspruch zu einer Kürzung der Leistung führen kann, sofern dadurch eine Leistungsbearbeitung ganz oder teilweise nicht fortgeführt werden kann.

Hiermit willige ich ferner ein, dass meinen allgemeinen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung an andere Unternehmen, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung übertragen hat, um eine Leistungsbearbeitung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten, weitergegeben werden. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen sind im Rahmen ihrer Aufgabenstellung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit Daten zu gewährleisten, sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

Mein behandelnder Arzt ist

Name, Vorname:
Straße / Hausnummer:
PLZ, Ort:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)