

# Einwilligungs- und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb am: \_\_\_\_\_

für \_\_\_\_\_ (Versicherung)

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

Ich willige hiermit ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies für die Versicherung zur Bearbeitung der von mir erhobenen Schadenersatzansprüche 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 hiermit ein, dass die 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 veranlassende Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden. Über die jeweilige Datenweitergabe bin ich zu unterrichten.

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

Ich willige ferner hiermit ein, dass die Versicherung bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung meiner Gesundheitsdaten kommen kann, zur Erledigung an eine andere Stelle innerhalb der der Versicherungsgruppe übertragen kann. Dafür kann es erforderlich sein, dass die Gesundheitsdaten an diese Stelle weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden. Es ist eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Versicherung verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben zu führen, die eingesehen werden oder beim Datenschutzbeauftragten der der Versicherung angefordert werden kann.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stelle weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie es die Versicherung dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von dort an die Versicherung übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

## 3. Einwilligung in die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten u. Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Sofern es zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs notwendig ist, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten, verfügen, willige ich ein, dass bei mich behandelnden Stellen wie Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden Informationen über den Gesundheitsschaden eingeholt werden dürfen.

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

---

---

---

---

Ich befreie die vorgenannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung 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 könnten.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anspruchsteller/in