

Das Formular gründet sich auf den Beschluss der obersten Aufsichtsbehörden für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Düsseldorfer Kreis) vom 17.01.2012 und die Verhaltensregeln des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft, Stand 07.09.2012.

Patient:

Aktenbezeichnung:

Unfall / Behandlung vom

Versicherer:

1. Einwilligung in die Abfrage meiner Gesundheitsdaten und Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung

Ich willige ein, dass der Versicherer und / oder Rechtsanwalt Stefan Voß meine Gesundheitsdaten, soweit dies zur Prüfung des von mir erhobenen Anspruchs auf Schadensersatz erforderlich ist, bei den nachstehenden Ärzten und Einrichtungen erhebt und verwendet:

a)

b)

c)

d)

Ich befreie die vorstehenden Ärzte und Einrichtungen (einschließlich ihrer Mitarbeiter), insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich befreie ferner alle weiteren Ärzte und Einrichtungen (einschließlich ihrer Mitarbeiter), die mich wegen des Unfalls und / oder der Behandlung behandelt haben, insoweit von ihrer Schweigepflicht.

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

Ich willige ein, dass der Versicherer und / oder Rechtsanwalt Stefan Voß meine Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit dem Unfall und / oder der Behandlung stehen, erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Anspruchs auf Schadensersatz erforderlich ist.

3. Einwilligung in die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass der Versicherer und / oder Rechtsanwalt Stefan Voß meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Prüfung des von mir erhobenen Anspruchs auf Schadensersatz erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der medizinischen Gutachter an den Versicherer und / oder Rechtsanwalt Stefan Voß zurück übermittelt und von diesem verwendet werden, soweit dies zur Prüfung des von mir erhobenen Anspruchs auf Schadensersatz erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die Stellen, die in der vom Versicherer geführten Liste über Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten und nutzen, erfasst sind, weitergibt und die Daten von diesen für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Stellen an den Versicherer zurück übermittelt und von diesem verwendet werden, soweit dies zur Prüfung des von mir erhobenen Anspruchs auf Schadensersatz erforderlich ist.

Sondern,