

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Aktenzeichen: _____ (bitte stets angeben)

Ich, Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

geboren am: _____

Beruf: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen oder gesetzlich Gleichgestellten Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s)

Sofern Sie die Angaben uns gegenüber noch nicht gemacht haben, geben Sie bitte hier die Anschrift des behandelnden Arztes an:

mein behandelnder Arzt ist

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____