

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Haftpflichtversicherung

(Der Text der Einwilligungserklärung beruht auf der Einwilligungserklärung für die Lebens- und Krankenversicherung, die mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband abgestimmt worden ist.)

Versicherung des Schadenverursachers _____
(nachstehend: "Versicherung")

Versicherungs-/Schadenummer _____

Schadenstag _____

Verletzte Person _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Beruf)

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

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadenersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (z.B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten, Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige 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 Versicherung zurück übermittelt werden. Über die jeweilige Datenweitergabe werde ich unterrichtet.

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

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen. Nachfolgend Namen und Anschriften der behandelnden Stellen, bei denen die Versicherung Informationen über den Gesundheitsschaden einholen darf. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

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

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

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

Von allen mit dieser Erklärung erhobenen Daten sind unverzüglich Abschriften zu erteilen an den von mir beauftragten Rechtsanwalt Thomas Grosse, Gerichtsstr. 47, 45355 Essen (grosse@grosseessen.de).

Essen-Borbeck, _____