

Formular am PC
ausfüllen und
speichern!

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung (Erkrankung)

.....
Name der Versicherungsgesellschaft

.....
Name, Vorname

.....
Versicherungs-Nummer

.....
Geburtsdatum

.....
Bezeichnung der Erkrankung

1. Einwilligung in die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten

Ich willige darin ein, dass der o.g. Versicherer meine Gesundheitsdaten erhebt und nutzt, soweit sich diese auf die oben genannte Erkrankung beziehen und dies für die Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von auf Dritte übergegangene Ansprüche, z.B. meinen Krankenversicherer.

2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige darin ein, dass meine erkrankungsbezogenen Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter und die Daten von diesen verwendet werden, wenn und soweit das zur Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche erforderlich ist.

3. Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit der o.g. Erkrankung und den daraus resultierenden Krankheitsfolgen behandelt haben, entbinde ich hiermit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Diese Entbindung gilt ausschließlich gegenüber der von mir beauftragten **Rechtsanwaltskanzlei Musch und Delank**, Delmenhorster Straße 13, 27793 Wildeshausen. Sie gilt außerdem:

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte (Name, Anschrift)

.....
.....

alle erforderlichen Auskünfte erteilen und von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den von mir beauftragten Rechtsanwälten Kopien zur Verfügung stellen.

.....
Ort; Datum

.....
Unterschrift Anspruchsteller
(bei Minderjährigen d. gesetzl. Vertreter*in)