

# Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für Haftpflichtversicherungen

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Verletzten:

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

Ich willige ein, dass die gegnerische Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches 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 Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die gegnerische Haftpflichtversicherung 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 gegnerische Haftpflichtversicherung zurück übermittelt werden. Über die Datenweitergabe werde ich informiert.

## 3. Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindung

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

Bitte tragen Sie den Namen und die Anschrift der behandelnden Stelle ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein:

Ärzte, Pflegepersonal sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass wir Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an uns zu übersenden.

Ich willige ein, dass die gegnerische Haftpflichtversicherung meine Gesundheitsdaten — soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruches erforderlich ist — bei diesen Stellen erhebt:

1.

(Name, vollständige Adresse)

2.

(Name, vollständige Adresse)

3.

(Name, vollständige Adresse)

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 Schadensereignis vom informiert werden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift verletzte Person

\_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift gesetzl.  
Vertreter