

# Erklärung

## über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### 1. Voraussetzungen der Entbindungserklärung

Die nachfolgende Entbindungserklärung erstreckt sich ausschließlich auf Daten, die mit dem nachfolgend bezeichneten Unfallereignis in einem unmittelbaren –kausalen- Zusammenhang stehen. Sie erstreckt sich ausdrücklich **nicht** auf sonstige Gesundheitsdaten, die keinen unmittelbaren zum Unfallereignis haben.

Schadensereignis/Anlass:  
ggf. Schadensdatum:  
ggf. Schadensort:

Einer Verarbeitung, Speicherung, Nutzung sowie Weitergabe der Daten an Dritte wird ausdrücklich widersprochen, sofern nicht eine ausdrückliche Einwilligung nach Maßgabe der nachfolgenden Ziffern erteilt wird.

Diese Erklärung gilt ausschließlich unter der Voraussetzung, dass ich und Rechtsanwalt Böhling in jedem Einzelfall informiert werden, von wem zu welchem Zweck eine Auskunft eingeholt wird bzw. Daten erhoben werden. Herrn Rechtsanwalt Böhling sind unverzüglich nach der Erhebung die mitgeteilten Daten zu übersenden.

Ich behalte mir vor, in jedem Einzelfall einer Erhebung zu widersprechen und die Unterlagen selbst – auf Kosten des gegnerischen Versicherers beizubringen.

### 2. Entbindungserklärung

Dieses vorangestellt entbinde ich,

Name, Vorname:  
Geburtsdatum:  
Anschrift

alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die mich anlässlich des vorgenannten Schadensereignisses untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Die Entbindung bezieht sich nicht auf Mitarbeiter der behandelnden Ärzte.

### 3. Erhebung/Speicherung/Nutzung der Gesundheitsdaten durch den gegnerischen Versicherer

Ich willige ein, dass der gegnerische Versicherer die von mir bzw. den in Ziffer 2 genannten Personen zur Bearbeitung des Schadensfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dieses unumgänglich ist, um die Leistungsprüfung durchzuführen.

### 4. Abfrage von Gesundheitsdaten des gegnerischen Haftpflichtversicherers bei Dritten

Ich willige ein, dass der gegnerische Versicherer - soweit es für die Anspruchsprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, die an der Untersuchung betreffend die unfallbedingten Folgen beteiligt waren, selbst erhebt und für diese Zwecke verwendet. Die in Ziffer 2 genannten Personen sind insoweit von der Schweigepflicht entbunden. Diese Entbindung gilt auch über den Tod hinaus.

## 5. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten

Soweit es geboten ist, bin ich grundsätzlich damit einverstanden, dass der gegnerische Versicherer meine Gesundheitsdaten an einen medizinischen Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet werden. Insoweit hat die gegnerische Versicherung durch Vorlage einer Erklärung des Dritten sicherzustellen, dass meine Daten nicht von diesem an andere Dritte übermittelt werden. Soweit es im Rahmen der Weitergabe meiner Gesundheitsdaten an einen medizinischen Gutachter erforderlich ist, entbinde ich die für den gegnerischen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich möchte vor jeder Datenweitergabe entsprechend des vorstehenden Absatzes darüber unterrichtet werden, an wen und zu welchem Zweck die Daten weitergeleitet werden sollen. Ich behalte mir vor, der Weitergabe zu widersprechen und erforderliche Unterlagen ggf. selbst dem angedachten Gutachter zu übermitteln

Eine Weitergabe meiner Daten an andere, außerhalb des generischen Versicherers stehende Dritte, wie z.B. besondere Schadenfallbearbeitungsstellen o.ä., ist unzulässig und wird bereits jetzt ausdrücklich untersagt. Sofern der gegnerische Versicherer Rückversicherungen einschaltet, werde ich in jedem Einzelfall überprüfen, ob und inwieweit meine Daten weitergeleitet werden dürfen. Zu diesem Zweck ist vorab eine detaillierte Darstellung erforderlich, welche Daten zu welchem Zweck an welchen Rückversicherer übermittelt werden sollen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift