

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich, Frau/Herr _____

Anschrift: _____

dass ich mich behandelnden Ärzte anlässlich meines Verkehrsunfalls vom

Namen und Anschriften der Ärzte

gegenüber den Schadenfall regulierenden Haftpflichtversicherungen von der ärztlichen Schweigepflicht entbinde.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Antwort

Regionalverkehr Köln GmbH
Postfach 13 02 51
50496 Köln

Schadennummer:**Schadendatum:****Anspruchsteller:**

Sehr geehrter Anspruchsteller,

Sie machen einen Anspruch auf Schadenersatz wegen eines Gesundheitsschadens geltend. Wir bitten um Verständnis, dass wir diesen auch in einer solchen – für Sie schwierigen – Situation prüfen müssen.

Zu diesem Zweck müssen wir Ihre Gesundheitsdaten erheben und verwenden. Hierfür benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Dabei kann es auch zu deren Weitergabe an externe Stellen kommen – etwa an einen medizinischen Gutachter oder einen sonstigen Dienstleister.

Selbstverständlich verpflichten wir alle externen Stellen, an die wir Ihre Gesundheitsdaten weitergeben, die Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit einzuhalten.

Nach den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften benötigen wir für die Erhebung, Verwendung und Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten sowie deren Abfrage bei Dritten Ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben genannten Adresse zu widerrufen. Bitte beachten Sie: Wir können nur für Sie tätig werden, wenn Sie die beigefügte Erklärung unterschrieben an uns zurückschicken.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Regionalverkehr Köln GmbH

Nicole Thieler

Marion Ochs

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung der Schweigepflichtentbindung

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

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen sowie ggf. von anderen Beteiligten. Diese Daten speichern und nutzen wir, um die gegen uns geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

Ich willige ein, dass die „RVK GmbH“ 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 (wie z. B. meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die „RVK GmbH“ 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 „RVK GmbH“ zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werden Sie unterrichtet.

b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die „RVK GmbH“ führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung anderen Stellen. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.

Die „RVK GmbH“ führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die „RVK GmbH“ erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste (*Anm.: HDN müsste als andere Stelle auf dieser Liste auftauchen*) ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt und kann im Internet unter www.namemitglied.de/datenschutz eingesehen oder unter o. g. Adresse bei unserem Datenschutzbeauftragten (Mail: datenschutzbeauftragter@namemitglied.de) angefordert werden.

Ich willige ein, dass die „RVK GmbH“ meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die „NAME MITGLIED“ dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die „NAME MITGLIED“ zurück übermittelt und von diesen zweckentsprechend verwendet werden.

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

Zur Prüfung des von Ihnen geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen 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 oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass die „RVK GmbH“ meine Gesundheitsdaten – soweit es für die Prüfung des von mir geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:

1.
2.
3.

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/-in

(ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Anspruchstellers)