

Antwort

Schaden-Nr.: _____ (bitte stets angeben)

**Itzehoer Versicherung / Brandgilde von 1691
Versicherungsverein a. G.**

Itzehoer Platz

25521 Itzehoe

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Name, Vorname	Geburtsdatum
bei Minderjährigen: Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters	Schadentag

1. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die Itzehoer Versicherungen/Brandgilde von 1691 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (nachfolgend "Itzehoer" genannt) 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.

Zudem führt die Itzehoer 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 der Actineo GmbH (Wankelstr. 33, 50996 Köln, Telefon 02236 48003100, Telefax 02236 48003111, www.actineo.de). Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.

Ich willige ein, dass die Itzehoer meine Gesundheitsdaten an die Actineo GmbH weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie wir es dürften. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von der Actineo GmbH an die Itzehoer übermittelt werden.

2. Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung des Ersatzanspruches ist es erforderlich, dass die Itzehoer meine gesundheitlichen Verhältnisse prüft. Ich willige daher ein, dass die Itzehoer meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist - bei den auf der Rückseite benannten Ärzten bzw. Stellen erhebt. Ich entbinde die auf den Rückseite angegebenen Ärzte/Institutionen von der Schweigepflicht und werde mich bei ergänzendem Informationsbedarf gesondert über eine Erweiterung der Schweigepflicht schriftlich äußern.

Soweit zur Prüfung des erhobenen Schadenersatzanspruches nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben über.

3. Einwilligung in die Weitergabe von Gesundheitsdaten an Dritte zur medizinischen Begutachtung

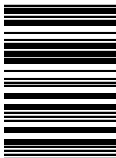
Diese Einwilligung können Sie durch Ankreuzen freiwillig abgeben:

Ich willige ein, dass die Itzehoer meine Gesundheitsdaten an Ärzte/Gutachter zur medizinischen Einschätzung 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 Itzehoer zurückübermittelt werden.

Datum

Unterschrift des Anspruchstellers/gesetzlichen Vertreters

Bitte wenden!



S11 FSC041 01.01.2015

Wenn dieses Formular **gefaxt** wird, bitte Schaden-Nr. wiederholen: _____

I. Angabe zu behandelnden Krankenhäusern

Vollständiger Name des Krankenhauses:	
Name des behandelnden (Krankenhaus)-Arztes	
vollständige Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort):	
Umfang der Behandlung:	
<input type="checkbox"/> nur ambulante / Notfallbehandlung	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung von _____ bis _____

II. Angabe zu behandelnden (ggf. weiterbehandelnden) Ärzten

Titel, Vorname, Name:	
Fachrichtung:	
Allgemeinmediziner ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , ist _____ (z. B. Chirurg, Radiologe etc.)	
vollständige Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort):	
Die Behandlung ist abgeschlossen	
<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich wann? _____

Titel, Vorname, Name:	
Fachrichtung:	
Allgemeinmediziner ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , ist _____ (z. B. Chirurg, Radiologe etc.)	
vollständige Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort):	
Die Behandlung ist abgeschlossen	
<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich wann? _____

Titel, Vorname, Name:	
Fachrichtung:	
Allgemeinmediziner ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , ist _____ (z. B. Chirurg, Radiologe etc.)	
vollständige Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort):	
Die Behandlung ist abgeschlossen	
<input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich wann? _____

Bitte senden Sie diese Erklärung sorgfältig ausgefüllt und unterschrieben zurück!