

BOBENSTETTER LANDGRAF & LANDGRAF RECHTSANWÄLTE

Einwilligung in die Erhebung von Gesundheitsdaten und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

In diesem Leistungsfall ist es erforderlich, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben bzw. die sich aus eingereichten Unterlagen oder Mitteilungen ergeben. Diese Prüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

In die Erhebung der für die Überprüfung des Leistungsfalls notwendigen Gesundheitsdaten bei den nachfolgend genannten Personen bzw. Einrichtungen willige ich hiermit ein. Zu diesem Zweck

- befreie ich alle auf dem beigefügten Fragebogen benannten Personen und Einrichtungen von ihrer **Schweigepflicht**.
- befreie ich die nachfolgend genannten Personen bzw. Einrichtungen von ihrer **Schweigepflicht**:

Name, Anschrift, Fachrichtung

Name, Anschrift, Fachrichtung

Name, Anschrift, Fachrichtung

Name, Anschrift, Fachrichtung

Name, Anschrift, Fachrichtung

Ihre Mitarbeiter entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Datum

Unterschrift / gesetzliche Vertreter