

## Schweigepflichtentbindungserklärung und Herausgabegenehmigung

Aktenzeichen

### Patientendaten

Nachname	Vorname	früherer / Geburtsname	Geburtsdatum
Straße / Nr.		PLZ	Ort

- Der Verein legt Wert auf bestmöglich qualifizierte Gutachter. Zu diesem Zweck bitten wir Sie um Ihr Einverständnis, dem beauftragten Gutachter eine Kopie der abschließenden Entscheidung zuzusenden, damit er eine Qualitätskontrolle vornehmen kann. Bitte kreuzen Sie daher hier an, damit wir sicherstellen können, dass die Gutachter ihre Qualität sichern können. Danke.

#### 1. Weitergabe von Daten an die am Verfahren beteiligten Ärzte und Krankenhäuser

Wie auch Patienten können sich Ärzte und Krankenhäuser von Dritten vertreten lassen. Der im konkreten Fall vertretungsberechtigte Dritte wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er dem Verein bekannt gegeben wurde. Dies können beispielsweise Rechtsanwälte oder Versicherungsmakler sein.

- Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Patienten- und Gesundheitsdaten zum Zwecke der Durchführung eines Verfahrens beim Verein direkt an vertretungsberechtigte Dritte der beteiligten Ärzte und Krankenhäuser übermittelt und von ebendiesen vertretungsberechtigten Dritten erhoben, gespeichert und genutzt werden dürfen, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist. Dies umfasst die Prüfung durch die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser sowie deren vertretungsberechtigte Dritte, ob der Durchführung eines Verfahrens zugestimmt wird. Insoweit entbinde ich den Verein sowie die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser von ihrer Schweigepflicht.

#### 2. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer

Ärzte sind gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert (Berufshaftpflichtversicherung). Es obliegt dem Versicherungsnehmer (z. B. Arzt oder Krankenhausträger), dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für Verfahren des Vereins. Der Versicherungsschutz umfasst u. a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Verfahren anfallenden Daten. Für die Bearbeitung eines möglichen Schadensersatzanspruchs kann es weiterhin erforderlich sein, dass der Verein die von Ihnen im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt übermittelt. Der im konkreten Fall zuständige Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigter Rechtsanwalt wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er dem Verein bekannt gegeben wurde.

- Ich bin damit einverstanden, dass der Verein die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt oder Versicherungsmakler auf Anforderung übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer oder vertretungsberechtigten

Dritten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Sie werden dort für den Zweck des Verfahrens verwendet. Ich entbinde den Verein zur Schlichtung in Arzthaftpflichtfragen auch insoweit von seiner Pflicht zur Verschwiegenheit.

### 3. Einwilligung in die Übertragung von Aufgaben des Haftpflichtversicherers auf andere Stellen

Der Haftpflichtversicherer benötigt für bestimmte Aufgaben der Schadensbearbeitung den Sachverstand und die Kompetenz anderer Stellen. Er überträgt daher die Erledigung dieser Aufgaben z.B. einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass die im Rahmen des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden.

In der Regel erfolgt die Datenübermittlung auf Basis einer gesetzlichen Rechtsgrundlage. In bestimmten Fällen kann jedoch Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung an solche Stellen notwendig sein. Der Haftpflichtversicherer führt eine Liste über diese Stellen und Kategorien von Stellen, die Gesundheitsdaten für ihn erheben, verarbeiten oder nutzen. Die aktuell gültige Liste kann beim Haftpflichtversicherer angefordert oder auf dessen Internetseite eingesehen werden. Sobald der Haftpflichtversicherer dem Verein die aktuelle Internetadresse mitgeteilt hat, wird diese an Sie weitergeleitet. Diese enthält auch die Informationen zur Datenverarbeitung.

- Ich willige ein, dass der Haftpflichtversicherer die erforderlichen Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt, und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Haftpflichtversicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an den Haftpflichtversicherer zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

### 4. Weitere Rechte

Soweit Passagen dieser Erklärung nicht von Ihrer Zustimmung erfasst sein sollen, steht es Ihnen frei, dies durch Streichung kenntlich zu machen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine solche Einschränkung der Erklärung zum Abbruch des Verfahrens führen kann.

Diese Erklärung kann ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (als Patient / Patientin, als gesetzl.  
Vertreter / Vertreterin, als Erben)

## Vollmacht (Bei Vertretung ausfüllen)

Ich möchte das Verfahren nicht selber führen. Statt meiner bevollmächtige ich:

Frau / Herrn

wohnhaft

mit der Vertretung meiner Interessen in diesem Verfahren.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient