

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

für die Regulierung von Ansprüchen aus einem Verkehrsunfall

Diese Erklärung dient der Beweiserhebung und -sicherung im Rahmen der Regulierung von Ansprüchen wegen Personenschäden nach einem Verkehrsunfall.

1 ANGABEN ZUR PERSON

Vor- und Nachname		Unfalldatum		Uhrzeit (ca.)	
Geburtsdatum		Unfallort (Straße, Ort)			
Anschrift (Straße, Hausnummer)		Aktenzeichen / Schadennummer (sofern bekannt)			
PLZ, Ort		Unfallverursacher (Name, Anschrift)			
Telefon (für Rückfragen)		Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name der Versicherung, Anschrift)			
E-Mail (optional)					

2 EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG, VERWENDUNG UND ÜBERMITTLUNG VON GESUNDHEITSDATEN

- ☐ Ich willige ein, dass die in dieser Erklärung genannten Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser sowie sonstige Einrichtungen und Stellen (im Folgenden „Behandler“) meine Gesundheitsdaten erheben, speichern, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Regulierung von Ansprüchen aus dem oben genannten Verkehrsunfall erforderlich ist.
- ☐ Hierzu gehören insbesondere Angaben zu Diagnosen, Befunden, Behandlungsverläufen, Operationen, Krankenhausaufenthalten, Untersuchungsergebnissen, Bildgebung (z. B. Röntgen, CT, MRT), Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen, Erwerbs- und Leistungsbeeinträchtigungen sowie die voraussichtliche Dauer und die Folgen der Gesundheitsbeeinträchtigungen.
- ☐ Erforderlichenfalls dürfen auch Vorbefunde und Vorbehandlungen erhoben werden, soweit sie zur Beurteilung des Unfallhergangs und der Kausalität sowie für die Feststellung und Abgrenzung der durch den Unfall verursachten Gesundheitsbeeinträchtigungen notwendig sind.

3 ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde hiermit die nachfolgend benannten Behandler/Stellen und deren Mitarbeiter jeweils gegenseitig sowie gegenüber den unter Ziffer 4 genannten Empfängern von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, soweit dies zur Erfüllung des unter Ziffer 2 genannten Zwecks erforderlich ist.

	Art der Einrichtung / des Behandlers (z. B. Hausarzt, Facharzt, Klinik, Physiotherapie, Psychotherapie, Reha, Heilpraktiker u. a.)	Name und Anschrift der Einrichtung / des Behandlers	Zeitraum der Behandlung von bis		Fachrichtung (optional)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

- ☐ Weitere Behandler/Stellen sind in einer separaten Anlage aufgeführt.

4 EMPFÄNGER / WEITERGABE DER INFORMATIONEN

Die unter Ziffer 2 erhobenen Daten dürfen, soweit dies für die Schadensregulierung erforderlich ist, an folgende Empfänger übermittelt werden:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers | ☐ Dienstleister / Sachverständige
(z. B. Akteneinsichtung, Gutachtenerstellung) | ☐ Rentenversicherungsträger |
| ☐ Rechtsanwälte Kreißl & Kollegen | ☐ Gesetzliche Krankenkassen | ☐ Sozial-/Leistungsträger |
| ☐ Medizinische Gutachter und Beratungsärzte | ☐ Berufsgenossenschaften | ☐ Gerichte und Behörden |

Eine Weitergabe an andere Empfänger erfolgt nur, soweit ich hierzu eine gesonderte Einwilligung erteile oder eine gesetzliche Verpflichtung besteht.

5 FREIWILLIGKEIT UND SELBSTVORLAGE

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig. Ich kann die Einwilligung verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass ich in diesem Fall die medizinischen Unterlagen selbst beibringen kann.

6 WIDERRUF

Ich kann diese Einwilligung und Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (z. B. Brief, E-Mail) an den/die Empfänger zu richten.

7 UNTERSCHRIFT

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift ggf. gesetzlicher Vertreter