

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherungsnummer:
Anschrift:	

Schweigepflichtentbindung und Herausgabegenehmigung

Hiermit entbinde ich alle Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser sowie Pflege- und sonstige Einrichtungen, die die Behandlung im Zusammenhang mit

(Formulieren Sie hier bitte den vermuteten Behandlungsfehler)

durchgeführt haben, von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der pronova BKK und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Ich erkläre gleichzeitig die Genehmigung zur Herausgabe der ärztlichen und/oder pflegerischen Unterlagen an die pronova BKK.

Die Genehmigung zur Einsicht und Herausgabe bezieht sich hierbei auch auf die in diesem Vorgang weiteren beteiligten Stellen (beispielsweise Rechtsanwälte, Haftpflichtversicherer, Gerichte oder Gutachter).

Mit der Weiterleitung dieser ärztlichen und/oder pflegerischen Unterlagen durch die pronova BKK an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bin ich einverstanden.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt zu dem Zweck der Prüfung, ob im Zusammenhang mit den Behandlungen ein ärztlicher Behandlungsfehler oder ein Pflegefehler vorliegt.

Sollte die Möglichkeit eines ärztlichen Behandlungsfehlers oder eines Pflegefehlers bejaht werden, so bin ich damit einverstanden, dass die Daten auch zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen der pronova BKK und/oder der Pflegekasse der pronova BKK genutzt werden.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Datum, Unterschrift

Hinweis:

Ihre Einwilligung zur Herausgabe Ihrer Behandlungsunterlagen ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Bitte richten Sie Ihren Widerruf an die pronova BKK, Team Forderungen 3, 67082 Ludwigshafen.

Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt zu dem Sie diesen aussprechen und kann nicht rückwirkend erteilt werden. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.