

## Erklärung

zur Entbindung von der Schweigepflicht

Im Rahmen des Ombudsmann- Verfahrens kann es notwendig werden, Gesundheitsdaten, etwa ärztliche oder psychologische Gutachten und Stellungnahmen, einzusehen. Ich bin damit einverstanden, dass mein privater Krankenversicherer zur Durchführung des Ombudsmann- Verfahrens Gesundheitsdaten an den Ombudsmann und seine Mitarbeiter übermittelt.

Angaben zu Ihrer Person (bitte ausfüllen):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Meine(n) privaten Krankenversicherer sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an dem meiner Beschwerde zugrundeliegenden Sachverhalt beteiligt sind, befreie ich von der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 6 StGB, soweit es für das Verfahren vor dem Ombudsmann erforderlich ist. (Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die am Verfahren vor dem PKV-Ombudsmann beteiligt sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Ombudsmann und seine Mitarbeiter einverstanden. Meine Daten dürfen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert und verarbeitet werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift mitversicherte Person(en)