

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Angaben zu meiner Person (bitte ausfüllen):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

1. Meine(n) privaten Krankenversicherer sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an dem meinem Antrag zugrundeliegenden Sachverhalt beteiligt sind, befreie ich von der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 7 Strafgesetzbuch (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.)

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) Krankenversicherer zur Durchführung des Ombudsmannverfahrens

- Gesundheitsdaten,
- ärztliche Berichte oder Gutachten sowie
- sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten und Auskünfte, insbesondere Vertragsdaten

an den Ombudsmann und seine Mitarbeiter übermittelt, soweit es für das Verfahren erforderlich ist.

**Hinweis:** Die Erteilung des Einverständnisses zur Übermittlung von Daten ist freiwillig. Sofern das Einverständnis auf bestimmte Daten beschränkt wird, ist die Durchführung des Schlichtungsverfahrens durch den Ombudsmann ggf. nicht oder nur eingeschränkt möglich. Zur Aufnahme des Schlichtungsverfahrens benötigen wir mindestens Ihr Einverständnis zur Übermittlung von Vertragsdaten.

2. Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten, insbesondere Name, Kontakt- und Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Zweck der Durchführung des Schlichtungsverfahrens erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Ombudsmann und seine Mitarbeiter einverstanden.

**Hinweis:** Die Einwilligung zur datenschutzrechtlichen Verarbeitung erfolgt freiwillig. Sie können sie jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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

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

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